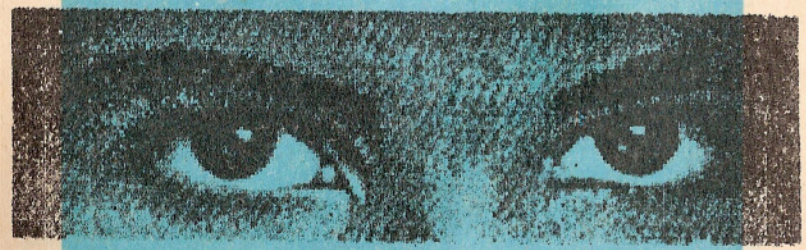
• Colecţia **OMUL, ACEST NECUNOSCUT**

Din cuprins:

LUPTA ÎNDELUNGATĂ A ŞTIINŢEI CU MAGIA
SECRETELE ADEVĂRATE ALE HIPNOZEI
INDUCŢIA HIPNOTICĂ
HIPNOTIZATORUL, UN MAGICIAN ?
CARACTERISTICILE STĂRII HIPNOTICE
PROFUNZIMEA HIPNOZEI
SĂ PĂTRUNDEM ÎN TAINELE HIPNOZEI
FALSELE PERICOLE ALE HIPNOZEI
VALENŢELE COMPENSATORII ALE HIPNOZEI
CUNOAŞTERE ABISURILOR FIINŢEI NOASTRE
TULBURĂRILE ŞI ÎMBOLNĂVIRILE CARE ASCULTĂ DE PUTEREA HIPNOZEI
AUTOHIPNOZA, O MODALITATE DE A FI STĂPÎNI PE FORŢELE NOASTRE SPIRITUALE

Preţ lei 67
ISBN 973-9070-08-6

IRINA HOLDEVICI ILIE P. VASILESCU



HIPNOZA

ŞI FORŢELE NELIMITATE ALE PSIHISMULUI

EDITURA ALDOMARS
Bucureşti 1991

Lector: C.PĂUNESCU
Redactor: Nic PENIUC

TEHNOREDACTARE PE CALCULATOR
MACINTOSH
HOLDING REPORTER - SRL
Tiparul executat la
Tipografia "LUCEAFĂRUL"
Secția Buftea

IRINA HOLDEVICI ILIE P. VASILESCU

HIPNOZA

ȘI

FORȚELE NELIMITATE ALE PSIHISMULUI

EDITURA ALDOMARS
București 1991

CUPRINS

I. LUPTA ÎNDELUNGATĂ
A ȘTIINȚEI CU MAGIA - pag. 9

II. SECRETELE ADEVĂRATE
ALE HIPNOZEI - pag. 16
a) Modificări ale sferei sensoriale:
iluzii, halucinații. - pag. 17
b) Modificările atenției - pag. 17
c) Modifcările amnezice (ale memoriei) - pag. 17
d) Modificări în sfera gîndirii - pag. 17
e) Modificări în domeniul
activității motorii - pag. 17
f) Modificări în sfera afectivității - pag. 17

III. INDUCȚIA HIPNOTICĂ - pag. 20
a) Faza de pregătire - pag. 20
b) Testul oscilației corpului - pag. 22
c) Testul încleștării degetelor - pag. 23
d) Catalepsia pleoapelor - pag. 23

IV. HIPNOTIZATORUL, UN MAGICIAN ? - pag. 25
a) Condițiile unui bun hipnotizator - pag. 25
b) Metoda de inducție hipnotică
prin fixarea privirii - pag. 27
c) Adîncirea transei - pag. 30
d) Dehipnotizarea - pag. 32

V. CARACTERISTICILE
STĂRII HIPNOTICE - pag. 36

a) Reducerea funcției de planificare - pag. 36
b) Redistribuirea atenției - pag. 37
c) Capacitatea crescută a producției imaginative - pag. 38
d) Reducerea controlului - pag. 38
e) Creșterea gradului de sugestibilitate - pag. 39
f) Accentuarea comportamentului de jucare a unor roluri - pag. 39
g) Apariția amneziei post-hipnotice - pag. 40
h) Starea de relaxare psiho-fizică - pag. 40
i) Scăderea acuității perceptive - pag. 40

VI. PROFUNZIMEA HIPNOZEI - pag. 42
a) Somn superficial - pag. 42
b) Starea somnambulică profundă - pag. 43

VII. SĂ PĂTRUNDEM ÎN TAINELE HIPNOZEI - pag. 48
a) Teoria fluidului vital - pag. 48
b) Hipnoza, fenomen psihopatologic - pag. 48
c) Hipnoza și somnul - pag. 49
d) Hipnoza și teoria rolului - pag. 50
e) Hipnoza și teoriile învățării - pag. 51
f) Hipnoza și psihanaliza - pag. 51
g) Teorii eclectice ale hipnozei - pag. 52
h) Teoria comportamentului asupra hipnozei - pag. 53
i) Teoria disocierii personalității - pag. 54

VIII. FALSELE PERICOLE ALE HIPNOZEI - pag. 57

IX. VALENȚELE COMPENSATORII ALE HIPNOZEI - pag. 62
a) Sugestiile terapeutice - pag. 63
b) Tehnica disocierii - pag. 66
c) Tehnica substituției - pag. 67
d) Tehnica modificării imaginii durerii - pag. 67
e) Tehnica imaginației dirijate în stare de hipnoză - pag. 71

X. CUNOAȘTEREA ABISURILOR FIINȚEI NOASTRE - pag. 79
a) Tehnica asociației libere - pag. 83
b) Inducerea visului - pag. 83
c) Tehnica scrisului automat - pag. 84
d) Desenul hipnotic - pag. 85
e) Terapia prin joc - pag. 85
f) Tehnica dramatică - pag. 86
g) Regresia de vîrstă - pag. 87
h) Tehnica privirii în bila de cristal - pag. 88
i) Tehnica tensiunilor experimentale - pag. 89
Principii și tehnici hipnoanalitice - pag. 90
j) Tehnica teatrului - pag. 92
k) Tehnica mozaicului - pag. 93
l) Tehnica semnalului ideomotor - pag.94

XI. TULBURĂRILE ȘI ÎMBOLNĂVIRILE CARE ASCULTĂ DE PUTEREA HIPNOZEI - pag. 97
a) Stările anxioase și fobice - pag. 100
b) Stările depresive - pag. 100
c) Simptomatologia de tip isteric - pag. 100
d) Reacțiile obsesive - pag. 101

XII. AUTOHIPNOZA, O MODALITATE DE-A FI STĂPÎNI PE FORȚELE NOASTRE SPIRITUALE - pag. 105

I. LUPTA ÎNDELUNGATĂ A ȘTIINȚEI CU MAGIA

Posibilitățile hipnozei au fost cînd exagerate, așteptîndu-se de la cei care o practicau adevărate minuni, rezolvarea unor cazuri pe care nu le puteau rezolva alte metode medicale sau psihologice, cînd minimalizate sau chiar negate de către sceptici, care însă nu se străduiseră suficient să cunoască metoda în detaliu.

Se pare că un deserviciu însemnat l-au făcut hipnozei apropierea exagerată a acesteia de fenomenele parapsihice considerîndu-se că persoanele care o practică trebuie să dispună neapărat de forțe supranaturale, cît și performanțele hipnotizatorilor de estradă care au îndepărtat pe mulți cercetători serioși de acest domeniu.

De asemenea, multe lucrări din cadrul literaturii științifico-fantastice au accentuat ideea că subiectul hipnotizat devine un fel de robot uman, controlat pe căi paranormale de către cel care a indus hipnoza, fapt ce a generat temeri nejustificate din partea unor pacienți care ar fi putut beneficia de avantajele acestei tehnici.

Hipnoza nu este un fenomen supranatural, ci doar o stare modificată de conștiință, asemănătoare cu relaxarea sau cu stările meditative specifice unor culturi orientale.

Fenomene asemănătoare cu cel hipnotic se întîlnesc frecvent în viața cotidiană. Astfel, cineva

poate fi atît de absorbit de lectura unui roman sau de vizionarea unui film la televizor, încît nu mai aude soneria de la ușă sau poate fi atît de cufundat în gînduri încît nu mai sesizează ce-i spune interlocutorul cu care tocmai discuta. Se apropie de hipnoză și fenomenele de reverie, cînd, furați de propriile construcții imaginative, parcă ne transpunem în alte locuri și trăim alte stări decît cele legate de realitatea imediată sau cele de extaz religios pe care le trăiesc adevărații credincioși.

Șoferul, care conduce noaptea și este fascinat de dunga luminoasă a șoselei, care îi produce o îngustare a cîmpului conștiinței ce se poate uneori solda cu accidente, este și el victima unei stări asemănătoare cu hipnoza. Aceste stări le denumim în limbaj comun cu ajutorul unor termeni ca: "a te lăsa furat", "a fi pe altă lume" etc. Cei care trăiesc astfel de stări își orientează de fapt gîndurile în interiorul lor. Fenomene de tip hipnotic au fost descrise încă din antichitate și se întîlnesc încă frevcent în practicile magice specifice culturilor primitive.

Putem vorbi de hipnoza modernă o dată cu experiențele medicului austriac Franz Anton Mesmer (1734-1815), care a descris hipnoza și stările specifice acesteia sub denumirea de "magnetism animal". Sistemul de tratament utilizat de Mesmer a fost ironizat de către medicina din acea perioadă din cauza manierei teatrale în care aborda el pacienții. (Pacientul era introdus într-un fel de butoi cu apă, fiind înconjurat de sîrme și tot felul de magneți, care aveau menirea să pună în evidență fluidul denumit "magnetism animal". Adesea pacienții sugestionabili erau cuprinși de convulsii).

O comisie instituită în anul 1784 de către regele Franței, comisie din care a făcut parte și Franklin, ambasadorul Statelor Unite, a primit sarcina să cerceteze experimental "magnetismul animal". Comisia respectivă a ajuns la concluzia că aceasta nu era altceva decît un rezultat al imaginației.

Deși Mesmer a fost discreditat, teoriile sale fiind nefondate științific, mulți pacienți continuau să se vindece prin metodele sale și aceasta a convins că deși teoriile erau greșite, totuși fenomenul respectiv exista cu adevărat.

De hipnoză s-a folosit și abatele Johann Joseph Gassner (1717-1799), cunoscut exorcist din Elveția, care avea darul de a alunga "forțele negative" care puneau stăpînire pe pacient.

Medicul englez John Elliotson (1791-1863) a realizat primele intervenții chirurgicale în stare de transă hipnotică, iar James Esdaile, medic scoțian (1808-1859) a relatat 345 operații de chirurgie majoră realizate în India, în somn hipnotic (cf. E.Hilgard și J.Hildrad, 1975).

Termenul de hipnoză este introdus de englezul James Braid (1795-1860), de la grecescul hipnos care înseamnă somn, el considerînd hipnoza ca pe un "somn nervos".

O atenție deosebită este acordată hipnozei de către cele două mari școli ale psihiatriei franceze, școala de la Salpêtrière, reprezentată de Jean-Martin Charcot (1835-1893) și școala de la Nancy, al cărui reprezentant de seamă a fost Hippolyte Bernheim (1840-1919).

Dacă Charcot considera hipnoza ca pe un fenomen patologic, specific istericilor, dimpotrivă, Bernheim era de părere că hipnoza este un fenomen nor-

mal, rezultat al sugestiei. Acesta din urmă a fost în mare măsură influențat de rezultatele deosebite ale unui medic de țară - Liébeault (1823-1904).

Utilizarea în scopuri terapeutice a hipnozei a fost susținută și de succesele cunosacuților psihiatri Breuer și Freud. Ulterior, Freud abandonează hipnoza în favoarea propriei sale teorii și metode - psihanaliza - ceea ce a făcut ca, pentru moment, interesul pentru hipnoză să înregistreze un regres.

În 1889 a avut loc primul Congres Internațional de Hipnoză Terapeutică și Experimentală, și cam în aceeași perioadă, marii teoreticieni în domeniul psihologiei încep să se intereseze de fenomenul hipnotic: Wilhelm Wundt a scris o lucrare despre hipnoză. William James include un capitol dedicat hipnozei în celebra sa lucrare "Principiile psihologiei", iar Pierre Janet abordează și el hipnoza din perspectiva disocierilor de personalitate.

În timpul primului război mondial Mc Dougal a tratat, cu ajutorul hipnozei, soldați aflați în stare de șoc.

Un pas important în dezvoltarea hipnozei științifice îl reprezintă lucrarea lui Clark Hull (1933) - "Hipnoză și sugestibilitate".

Și în timpul celui de-al doilea război mondial, hipnoza a fost utilizată cu succes în tratamentul nevrozelor de război. Apoi, treptat, aplicațiile ei s-au extins în stomatologie și obstetrică.

În anul 1955 Asociația Medicală Britanică și în 1958 Asociația Medicală Americană au hotărît ca hipnoza să fie inclusă ca disciplină de învățămînt în școlile medicale, iar în anul 1960 Asociația Psihologilor Americani a dat o recunoaștere oficială a utilizării terapeutice a hipnozei de către psihologi.

La ora actuală există, în afară de societățile naționale, Societatea europeană de hipnoză, Societatea internațională de hipnoză și Societatea de hipnoză "Milton Erickson", după numele fondatorului ei, unul dintre cei mai talentați și mai creativi hipnoterapeuți ai lumii.

În vara anului 1990 a avut loc în Germania cel de-al 5-lea Congres de hipnoză în psihoterapie și medicină psihosomatică, la care au luat parte peste 900 de medici și psihologi din aproape toate țările lumii, incluzînd și țara noastră.

Hipnoza are o serie de aplicații practice, atît în clinică, pentru psihoterapie, cît și în alte domenii de activitate, unde se cere optimizarea performanțelor umane. Astfel, ea pătrunde tot mai mult în pregătirea psihologică a sportivilor de înaltă performanță, cît și al cosmonauților pentru obținerea unui echilibru emoțional de nivel superior, pentru perfecționarea capacității de concentrare a atenției, a deprinderilor motrice, cît și pentru o mai bună autoreglare a comportamentului în ansamblu. De tratament hipnotic pot beneficia și artiștii cu trac de scenă sau elevii și studenții hiperemotivi, care au tendința de a se bloca la examene și de a obține rezultate sub posibilitățile lor reale.

Cercetările din ultimii ani au demonstrat că hipnoza poate contribui și la creșterea eficienței învățării, cît și la dezvoltarea unor disponibilități creative latente.

În clinică hipnoza se aplică în foarte multe domenii. Astfel, ea se folosește cu succes în chirurgie, pentru realizarea unor operații fără anestezie sau cu o cantitate mai redusă de anestezice atunci cînd subiectul prezintă intoleranță la astfel de substanțe

sau cînd acestea lipsesc (în condiții de izolare, de luptă etc.). Hipnoza s-a dovedit utilă și pentru reducerea anxietății pre-operatorii cît și pentru realizarea unei evoluții post-operatorii cît mai bune și cît mai rapide. Un domeniu unde hipnoza poate face foarte mult îl reprezintă combaterea durerii; este vorba atît de durerile din bolile cronice, de migrene, cît și de cele ce apar în timpul nașterii sau în timpul unui tratament stomatologic. În medicina psihosomatică hipnoza se utilizează în terapia unor afecțiuni care vizează aparatele cardio-vascular, respirator, digestiv sau endocrin (tahicardie, hipertensiune arterială, vărsături, colici, colite, astm bronșic, obezitate, tulburări sexuale etc.). Ea are, de asemenea, aplicații în domeniul unor afecțiuni dermatologice (prurit, psoriazis, reacții alergice, tratamentul negilor) și în recuperarea unor deficiențe motorii produse de accidente vasculare sau traumatisme. Sfera cea mai largă de aplicație o are tratamentul prin hipnoză în cazul afecțiunilor nevrotice (reacții de tip fobic, atacuri de panică, anxietate, tulburări ale atenției și memoriei).

Cercetări recente au evidențiat faptul că prin hipnoză s-ar putea influența favorabil chiar evoluția unor boli grave, cum ar fi cancerul sau SIDA. Astfel, la ultimul Congres european de hipnoză din 1990, Simonton din S.U.A. a elaborat de curînd o lucrare denumită "Rolul psihoneuroimunologiei - consiliere și factorul psihic în cancer". Specialistul german Lenk (1990) a condus un seminar practic dedicat utilizării hipnozei în cancer, iar un coleg al său, tot german, Otremba (1990) a prezentat date clinice și experimentale încurajatoare obținute pe pacienți bolnavi de SIDA.

Adepții psihoterapiei, în care includem hipnoterapeuții, au ajuns la concluzia că dacă prescriem medicamente pentru probleme de natură psihologică, nu facem decît să mascăm problema reală!

Înțelepții orientali spuneau că dăruim cuiva un pește îi vom potoli foamea pentru cîtva timp, dar dacă îl învățăm să pescuiască el va fi capabil să-și procure hrana pentru tot restul zilelor.

La fel, dacă îi învățăm pe pacienți prin intermediul hipnozei și apoi al autohipnozei (hipnoza realizată de pacient singur, în absența terapeutului) cum să se însănătoșească și să rămînă sănătoși, cum să-și rezolve problemele de viață, le punem la dispoziție un mijloc care îi va ajuta să-și mențină echilibrul sufletesc și o stare bună tot restul vieții.

Majoritatea oamenilor nu sînt conștienți de resursele interioare pe care le au la dispoziție, ei ignorînd faptul că există o cale de a intra în contact cu aceste resurse pentru a ameliora și menține sănătatea și pentru a se autoperfecționa fizic și psihic.

Mentalul conștient al omului îl ajută să rezolve o serie de probleme, să înțeleagă diverse situații doar la nivel logic. Trebuie deschise și căile pentru cunoașterea intuitivă care are loc prin mecanisme subconștiente și aceasta se face mai ușor cu ajutorul relaxării, hipnozei și autohipnozei.

II. SECRETELE ADEVĂRATE ALE HIPNOZEI

Marcuse (1959) subliniază faptul că hipnoza este o stare modificată a organismului produsă prin repetarea unor stimuli și în care sugestia este mai eficientă decît de obicei.

Majoritatea specialiștilor definesc hipnoza ca o stare indusă, de regulă în mod artificial, asemănătoare cu somnul, dar în același timp diferită de acesta din punct de vedere fiziologic, stare caracterizată prin sugestibilitate crescută, ca rezultat al căreia pot fi induse subiectului, mai ușor decît în stare normală, o serie de modificări senzoriale, perceptive, mnezice și motorii (după Weitzenhoffer, 1963).

Prin hipnoză se realizează deci o stare de hipersugestibilitate selectivă produsă subiectului prin anumite proceduri specifice, de natură fiziologică sau/și psihologică de către o altă persoană (hipnotizator) sau de către subiectul însuși (în cazul autohipnozei).

În timpul hipnozei pot fi induse o serie de modificări spectaculoase ale proceselor psihice și ale comportamentului, modificări ce pot îmbrăca aspecte pozitive sau negative în funcție de conținutul sugestiilor administrate (Gheorghiu, 1977). Astfel, pot fi realizate:

A) MODIFICĂRI ALE SFEREI SENZORIALE iluzii (perceperea distorsionată a unor obiecte existente în realitate), halucinații (percepții fără co-

respondent în realitate), precum și modificarea unor praguri senzoriale, hiperestezie - accentuarea sensibilității, anestezie - reducerea generală a sensibilității și analgezie - reducerea sensibilității dureroase. Datorită acestor afecte, este posibilă utilizarea hipnozei în combaterea durerii;

B) MODIFICĂRI PROSEXICE (ale atenției): în hipnoză se produce o orientare selectivă a atenției, care este îndreptată predominant spre cele sugerate de terapeut și într-o mai mică măsură spre stimulii ambianței.

C) MODIFICĂRI MNEZICE (ale memoriei): prin hipnoză se poate obține o amnezie (uitare) totală sau parțială a unor obiecte, evenimente, date, după cum se poate obține o hipermnezie sau accentuare a funcției mnezice, subiectul reținînd și redînd mai ușor și mai exact materialul memorat;

D) MODIFICĂRI ÎN SFERA GÎNDIRII: în urma inducției hipnotice poate să funcționeze la unii subiecți ceea ce specialiștii numesc "logica transei", datorită căreia ei acceptă ca fiind logice situații pe care nu le-ar considera ca atare în stare normală. De pildă, subiectul care, în urma sugerării faptului că este preșcolar, se comportă ca un copil de 6 ani, poate discuta în același timp cu soția sa, fără ca acest lucru să i se pară ciudat sau nepotrivit;

E) MODIFICĂRI ÎN DOMENIUL ACTIVITĂȚII MOTORII: relaxare musculară, acțiuni automate, rigiditatea corpului, menținerea timp îndelungat a unor poziții incomode, cît și modificarea comportamentului de ansamblu al subiectului;

F) MODIFICĂRI ÎN SFERA AFECTIVITĂȚII. Aceastea capătă conținut specific în funcție de cele sugerate de terapeut. De regulă, majoritatea su-

biecților care au fost hipnotizați, afirmă în mod spontan că au trăit în timpul hipnozei o stare afectivă pozitivă, de calm, liniște și relaxare profundă.

Frecvent hipnotizatorii profesioniști sugerează subiecților regresia de vîrstă. Cînd sugestiile au acționat, subiectul se comportă ca și cum ar avea o vîrstă mai mică decît cea reală, el modificîndu-și comportamentul astfel încît să corespundă vîrstei sugerate. La subiecții foarte sugestibili se modifică vocea, mimica și chiar scrisul, caracterele utilizate în scriere fiind specifice copilăriei. Mulți autori citează cazuri în care subiecții regresați pînă la vîrsta copilăriei și-au amintit o limbă pe care o vorbiseră în copilărie și pe care o uitaseră în prezent, conversînd sau chiar scriind în limba respectivă.

As (1962) relatează cazul unui subiect care, regresat la vîrsta copilăriei, utiliza un dialect suedez, iar Gheorghiu (1977) pe cel al altui subiect, care vorbea maghiara. Nici unul din acești subiecți nu-și mai amintesc de limbile respective în stare de veghe.

Hilard (1975), la rîndul său, citează cazul unui subiect care fusese crescut în China, în copilărie, și care în urma regresiei de vîrstă și-a scris numele cu caractere chineze ceea ce nu a fost capabil să facă în stare de veghe.

Regresia de vîrstă este mult folosită de către hipnotizatorii clinicieni pentru a "dezgropa" amintirile psihotraumatizante uitate, care au produs la subiecți tulburări de tip nevrotic.

Sugerarea stărilor descrise mai sus, cu excepția regresiei de vîrstă, nu se utilizează decît rareori în clinică și atunci mai mult în scopuri didactice, demonstrative sau pentru a verifica gradul de profunzime al hipnozei.

Trebuie făcută totuși precizarea că datorită posibilităților neobișnuite de modificare a comportamentului prin hipnoză, este posibilă utilizarea terapeutică a acestei tehnici, prin hipnoză putîndu-se realiza vindecări ce par de domeniul miracolului.

III. INDUCȚIA HIPNOTICĂ.

Starea subiectului, denumită transă hipnotică, se realizează prin procedeul denumit inducția hipnotică. Aceasta presupune concentrarea pe un obiect de dimensiuni mici (de preferat strălucitor), pe un s imul monoton (pendul, metronom), pe o anumită zonă a corpului (de pildă, concentrare asupra punctului situat între sprîncene), cît și administrarea de către terapeut a unor formule sugestive de calm, relaxare, somnolență.

Indicația hipnotică constă din trei faze (Hertland, 1971): a) faza de pregătire; b) inducția propriu-zisă; c) adîncirea transei.

A) FAZA DE PREGĂTIRE

În această etapă i se explică subiectului în ce constă hipnoza, ce se așteaptă de la el și ce efecte poate avea aplicarea metodei asupra psihicului său, insistîndu-se asupra avantajelor pe care le are hipnoza în înlăturarea unor simptome de care subiectul dorește să se debaraseze. Se insistă mai ales asupra faptului că pacientul nu are de ce să se teamă și că el va trăi o experiență interesantă. Dacă subiectul este anxios în continuare, el trebuie interogat în legătură cu natura temerilor sale și apoi încurajat.

Astfel, de pildă, subiecților care se tem să nu fie manipulați de terapeut li se spune că ei nu-și vor pierde starea de conștiență și că vor putea ieși din hipnoză oricînd vor dori.

Este bine să i se ceară pacientului să rămînă cît

mai pasiv cu putință, să nu încearce în nici un fel să-l ajute pe experimentator, dar nici să nu încerce să reziste sugestiilor terapeutului. Trebuie să i se arate că este în interesul său să beneficieze de metodă pentru a scăpa de problemele sale, iar dacă intenționează să nu se lase hipnotizat, este mai bine să se adreseze altui specialist.

De asemenea, se dă subiectului indicația de a nu-și analiza stările, de a nu încerca să afle ce se petrece cu el, el fiind instruit să lase să se întîmple ce "trebuie să se întîmple", lăsîndu-se "dus" de instrucțiunile terapeutului. Inducția hipnotică cuprinde acele comportamente pe care i le cere hipnotizatorul subiectului la începutul ședinței, precum și ceea ce spune și face hipnotizatorul. Toate tipurile de inducție au în comun distragerea de la stimulii perturbatori externi, sugerarea relaxării și somnolenței, stimularea jocului liber al imaginației și concentrarea pe un obiect de dimensiuni mici (sau pe o parte a corpului) și pe ceea ce spune hipnotizatorul.

Kubie și Margolin (1944) descriu inducția hipnotică prin trei comportamente: sugerarea imobilității, fixarea privirii și administrarea unor stimuli monotoni.

Gill și Brenman (cf. Hilgard, 75) descriu ceea ce face hipnotizatorul în timpul inducției, astfel:

- contribuie la sărăcirea stimulărilor senzoriale ale subiectului prin limitarea mișcărilor corporale;
- încearcă să altereze imaginea conștientizării corporale a subiectului;
- sugerează un fel de proces de disociere, focalizînd atenția subiectului asupra mișcării însăși astfel încît unele mișcări care se produc în mod normal pe cale voluntară, devin involuntare;

- sparge tiparul relațiilor adaptative normale ale subiectului, creînd o atmosferă magică.

În timpul inducției, hipnotizatorul are la dispoziție două strategii speciale: cea a deprivării senzoriale și cea a dezvoltării unui tip de relație interumană specială, de tip simpatetic, între terapeut și pacient.

Înainte de a trece la inducția propriu-zisă, experimentatorul testează gradul de receptivitate la hipnoză al subiectului prin administrarea unor teste de sugestibilitate în stare de veghe.

Facem precizarea că sugestia reprezintă o incitație susceptibilă să declanșeze reacții spontane, nemediate de instanțele reflexive ale rațiunii (Gheorghiu, 1982).

În cele ce urmează, prezentăm, pentru exemplificare, cîteva din cele mai cunoscute teste de sugestibilitate directe, prin care clinicienii își testează subiecții pentru a vedea în ce măsură ei pot beneficia de tehnica hipnozei:

B) TESTAREA OSCILAȚIEI CORPULUI. Subiectului i se cere să stea cu spatele la experimentator și să relaxeze toți mușchii (este indicat ca subiectul să aibă tocuri joase). Instructajul care i se administrează este următorul:

"Doresc să stai în picioare, cu vîrfurile apropiate. Închide ochii și relaxează-te. În cîteva momente îți voi spune să-ți imaginezi că vii pe spate. Eu voi pune mîinile pe spatele tău și vei simți cum mîinile mele te trag tot mai mult, vii tot mai mult pe spate. Nu-ți fie teamă. Lasă-te dus. Eu voi sta în spatele tău și te voi prinde... etc". Se consideră sugestibil acel subiect care are tendința de a cădea în direcția sugerată.

C) TESTUL ÎNCLEȘTĂRII DEGETELOR. I se cere subiectului să-și scoată inelele și i se administrează următorul instructaj:

"Doresc să prinzi degetele unele în altele (se demonstrează). Acum uită-te în ochii mei și strînge bine degetele unele într-altele. Strînge degetele cît poți de bine. Pe măsură ce strîngi degetele unele într-altele vei constata că degetele tale devin tot mai încleștate, tot mai bine strînse unele în altele, ca și cum ar fi sudate. Degetele sînt tot mai încleștate, tot mai strînse, tot mai încleștate, încît nu poți să le desfaci. Ți-e imposibil să le desfaci. Încearcă să desfaci degetele, încearcă!... dar nu poți! Cu cît încerci mai mult să desfaci degetele, cu atît reușești mai puțin... Încearcă! Dar nu poți!".

Cu subiecții care nu pot desface degetele sau le desfac doar parțial se poate trece la inducția hipnotică.

D) CATALEPSIA PLEOAPELOR. Subiectului, așezat într-o poziție comodă, i se administrează următoarele sugestii:

"Doresc să închizi ochii și să te relaxezi. Nu te teme, nu te voi hipnotiza încă. Fii atent la vocea mea și relaxează-te. Pe măsură ce te relaxezi, pleoapele tale devin tot mai grele, din ce în ce mai grele, grele ca de plumb. Curînd vei constata că ți-e foarte greu să deschizi ochii, deoarece pleoapele tale sînt grele, foarte grele, grele ca de plumb. Îți va fi foarte greu să deschizi ochii cînd îți voi spune s-o faci. Pleoapele tale sînt foarte grele. Foarte grele și strîns lipite. Ochii sînt atît de bine închiși încît nu-i poți deschide. Încearcă să deschizi ochii. Încearcă! Dar nu poți, nu poți deschide ochii...".

Ca și în cazul celorlalte două teste de sugestibilitate, dacă subiectul are dificultăți în dechiderea ochilor, terapeutul îl poate considera un bun subiect pentru hipnoză.

IV. HIPNOTIZATORUL, UN MAGICIAN?

Iată ce ne spune, referitor la această problemă, cunoscutul hipnotizator Melvin Powers (1965):

A) CONDIȚIILE UNUI BUN HIPNOTIZATOR

1. Un hipnotizator bun trebuie să stăpînească foarte bine tehnica aplicată, să fie un specialist competent în probleme de psihologie și psihiatrie și să fie, în același timp, o persoană cu integritate morală.

2. El trebuie să cunoască foarte bine particularitățile psihice și problematica pacientului înainte de inducerea hipnozei trebuie să realizeze un interviu clinic amănunțit și, dacă este posibil, chiar o examinare psihologică a subiectului.

3. Hipnoterapeutul trebuie să aibă răbdare, înțelegere și bunăvoință față de subiect, să manifeste o atitudine simpatetică față de acesta și față de problemele lui.

4. Personalitatea hipnotizatorului trebuie să fie percepută favorabil de către majoritatea oamenilor. (Hipnotizatorul trebuie să aibă forță psihică și farmec personal).

5. Hipnotizatorul trebuie să aibă foarte multă încredere în sine, în eficiența tehnicilor sale, să nu oscileze în aplicarea lor, să se exprime cu siguranță de sine, autoritară. El trebuie să aibă totdeauna un răspuns la orice întrebare a subiectului, să nu răspundă niciodată "nu știu", deoarece aceasta ar

zdruncina încrederea subiectului în terapeutul său.

6. Rareori un subiect recunoaște că este hipnotizabil (de regulă, el susține că nu poate fi hipnotizat). Dacă acesta afirmă că are o voință prea puternică pentru a putea fi hipnotizat, terapeutul trebuie să-i explice că aplicarea tehnicii este în avantajul său (doar pentru asta a venit la cabinet și a plătit consultația), terapeutul trebuind să-l învețe tocmai modul în care își poate folosi propria voință pentru a intra în hipnoză.

7. Chiar un subiect care dorește sincer să fie hipnotizat, poate să nu răspundă bine la sugestii, fie pentru că are un grad de sugestibilitate, fie pentru că este prea încordat și anxios. În acest din urmă caz, este bine ca subiectul să învețe o tehnică de relaxare, înainte de a i se induce o stare hipnotică.

8. Blocajele cele mai frecvente care intervin în acceptarea hipnozei țin mai ales de teama de a nu dezvălui ceea ce subiectul nu dorește să dezvăluie sau de a nu accepta ceva ce ar părea inaccesibil. Cînd se ivesc astfel de probleme, terapeutul trebuie să-l asigure pe pacient că el nu-și va pierde controlul asupra sa și că va putea ieși din starea indusă atunci cînd va considera necesar.

9. Terapeutul trebuie să știe că o stare de transă profundă nu este neapărat necesară pentru scopuri terapeutice sau de reglare a comportamentului.

10. Pentru a avea o expectație corectă, subiecților trebuie să li se atragă atenția că nu vor adormi în adevăratul sens al cuvîntului, ci că se vor afla mai curînd într-o stare de relaxare mai profundă. O bună stăpînire a tehnicii, o atitudine care impune pacientului și o înfățișare agreabilă sînt suficiente. De asemenea, dacă înainte se credea că doar bărbații pot

fi buni hipnotizatori, iar femeile subiecți, rezultatele obținute astăzi în domeniul hipnozei clinice și experimentale arată că și femeile pot fi hipnotizatori tot atît de buni ca și bărbații.

Există în literatura de specialitate foarte multe tehnici de realizare a inducției hipnotice.

Ne simțim obligați să avertizăm pe cititor că utilizarea de către nespecialiști (cei care au dreptul legal de practică sînt medici, psihologi) este pedepsită prin lege. În ceea ce privește aplicarea acesteia de către reprezentanți ai profesiunilor amintite, pentru a obține rezultate pozitive este necesar un stagiu de învățare a tehnicii, realizat pe lîngă un hipnotizator experimemntat. În caz contrar, terapeutul începător fie nu obține rezultate, fie poate produce chiar unele efecte negative asupra subiecților săi.

Prezentăm în cele ce urmează două dintre tehnicile de inducție care ni s-au părut mai simple:

B) METODA DE INDUCȚIE HIPNOTICĂ PRIN FIXAREA PRIVIRII (Hartland, 1971)

I se cere subiectului să se așeze comod pe un scaun sau fotoliu și i se dau următoarele instrucțiuni: "Doresc să privești un punct din tavan, să-ți fixezi atenția asupra lui. Orice punct este potrivit. Alege un punct pe care ți-e comod să-l privești. Nu-ți face probleme dacă privirea se abate de la punctul respectiv sau dacă ai tendința de a clipi. Dacă ți se întîmplă acest lucru, readu încet privirea înapoi la punctul fixat. Fixează-l cît poți de bine. Stai relaxat. Relaxează-te și fii atent doar la vocea mea, la ceea ce voi spune. Corpul tău se relaxează din ce în ce mai mult, tot mai mult. Pe măsură ce privești punctul ales și asculți vocea mea, te relaxezi tot mai mult, din ce în ce mai

mult. Relaxează labele picioarelor, gleznele, gambele, coapsele, brațele, mîinile. Întregul tău corp devine tot mai relaxat și simți o stare de toropeală plăcută, care te cuprinde tot mai mult. Simți tot mai mult toropeală, destindere, relaxare. Ești tot mai toropit. Fii atent la vocea mea... ea te face să te simți tot mai toropit. Simți o greutate plăcută care îți cuprinde tot corpul. Corpul devine greu, tot mai greu, foarte greu. Brațele devin grele, foarte grele, tot mai grele. Picioarele devin grele, foarte grele, din ce în ce mai grele. Ești tot mai relaxat, toropit ca atunci cînd te pregătești să dormi. O senzație de căldură plăcută, adormitoare, cuprinde tot corpul. Curînd te vei cufunda într-o stare de rela-xare adîncă, o stare care seamănă cu un somn profund, odihnitor. Pleoapele devin grele, tot mai grele. Îți este tot mai somn. Pleoapele devin grele, din ce în ce mai grele, foarte grele. Gîndește-te la toropeala și somnolența care te cuprinde. Vocea mea te face tot mai toropit, tot mai relaxat, tot mai somnolent. Nu mai poți ține ochii deschiși. Ochii au tendința să se închidă. Clipești, clipești tot mai des, pentru că nu mai poți ține ochii deschiși. Clipești tot mai des și în curînd nu vei mai putea ține ochii deschiși pentru că pleoapele devin grele, foarte grele, grele ca de plumb. Devii tot mai toropit, tot mai relaxat. Pleoapele sînt atît de grele, încît, în curînd nu vei mai putea deschide ochii. Pleoapele devin tot mai grele și mai strîns lipite. (Dacă subiectul nu închide ochii în mod spontan, i se spune pe un ton ferm: Acum închide ochii și fii atent în continuare la ceea ce îți voi spune).

"Ochii sînt închiși acum și te vei relaxa tot mai profund, tot mai profund, vei fi tot mai relaxat, tot

mai toropit, mai relaxat, tot mai toropit. Vei fi atent numai la vocea mea. Îți vei reveni din stare numai atunci cînd îți voi spune eu să revii. Te vei simți foarte liniștit și relaxat. Nimic nu te va tulbura. Te vei relaxa profund, foarte profund. Dacă se va întîmpla ceva care te poate pune în pericol, te vei trezi imediat și vei face față cu bine situației. Te relaxezi adînc, profund, foarte profund".

Iată și o altă tehnică de inducție propusă de Powers (1965):

Subiectului i se cere să stea foarte relaxat, să închidă ochii și apoi să se vadă pe sine, "cu ochii minții", într-o sală de clasă, cu o tablă neagră în față. Dacă subiectul realizează imaginea, i se cere să se imagineze pe sine desenînd un cerc cu creta în mijlocul tablei. E din nou întrebat dacă a izbutit. I se sugerează apoi că desenează un X în mijlocul cercului. Dacă a reușit, i se cere să-și imagineze cercul gol în care desenează litera A, apoi o șterge și desenează litera B. I se cere să continue cu procedeul pînă cînd va ajunge cu numărătoarea la sfîrșitul alfabetului, sugerîndu-i-se că, atunci cînd va ajunge la ultima literă a alfabetului se va afla într-o stare de toropeală și relaxare profundă. În timp ce subiectul continuă să-și imagineze literele alfabetului, terapeutul îi administrează sugestii de calm, relaxare, greutate în membre etc.

Autorul consideră că această tehnică deși foarte eficientă este mai dificilă, deoarece nu toți subiecții sînt capabili să se concentreze suficient pentru a ajunge într-o stare de hipnoză profundă. Mulți subiecți se plîng de faptul că mintea lor continuă să vagabondeze, în ciuda eforturilor pe care le depun în direcția concentrării.

Sugestiile specifice inducției hipnotice trebuiesc date cu o voce calmă, fermă, lipsită de stridențe.

După cum se poate observa din lectura instructajului prezentat mai sus, ele au un caracter repetativ, monotonia contribuind la intrarea mai rapidă în hipnoză.

Tonul poate să fie autoritar (caracteristic hipnozei de tip patern) sau, dimpotrivă, blînd, cald, insinuant (specific hipnozei de tip matern). Studiile clinice au demonstrat că hipnoza de tip matern este mai bine tolerată de un număr mai mare de pacienți, comparativ cu cea paternă, care trezește la unii subiecți tendințe opoziționiste.

C) ADÎNCIREA TRANSEI

De regulă, după ce a realizat inducția, terapeutul se va strădui să obțină o mai mare profunzime a stării hipnotice pe care o atinge subiectul său. Deși, nu totdeauna o transă profundă este necesară pentru atingerea unor obiective terapeutice, totuși pentru explorarea unor conflicte din sfera personalității subiectului este de dorit să se obțină o transă mai adîncă.

Pentru adîncirea transei se procedează astfel (Hartland, 1971):

"Ești profund relaxat, dar poți intra într-o stare de relaxare și mai adîncă decît cea în care te afli acum. Dorești foarte mult să atingi o stare de relaxare cît mai profundă, pentru că aceasta este o experiență agreabilă, care îți va aduce mult bine. Te vei relaxa tot mai profund și toate sugestiile pe care ți le voi da vor fi foarte eficiente. Eu voi număra acum pînă la 5 (se poate număra pînă la 10, 20 etc.) și pe măsură ce număr, te vei cufunda

într-o stare de relaxare tot mai profundă, mai adîncă, mai plăcută. Cînd voi ajunge cu numărătoarea pînă la 5, vei fi profund relaxat, toropit, atît de toropit, că atunci cînd îți voi spune să revii nu-ți vei mai aminti nimic din cele spuse sau făcute în timpul hipnozei. Acum încep să număr: 1 - relaxarea (toropeala) devine tot mai profundă, din ce în ce mai profundă; 2 - relaxarea devine și mai profundă și mai adîncă; cu fiecare cuvînt spus de mine, cu fiecare expirație, te relaxezi tot mai mult, din ce în ce mai mult; 3 - relaxarea (toropeala) adîncă, vocea mea te relaxează tot mai mult, tot mai mult, din ce în ce mai mult. Te cufunzi într-o stare de relaxare foarte adîncă, foarte profundă, auzi doar vocea mea care parcă vine de undeva de departe; 4 - continui să te relaxezi tot mai profund pe măsură ce număr. Toate sugestiile pe care ți le dau sau ți le voi da în viitor vor fi eficiente și în avantajul sănătății tale. Vei îndeplini tot ceea ce îți spun să îndeplinești. Nu te teme de hipnoză pentru că îți va face numai bine. Ești convins că nu ți se poate întîmpla nimic rău. Vei răspunde tot mai bine la sugestiile mele. Chiar dacă îți vorbesc, ești tot mai relaxat, tot mai profund relaxat. Ori de cîte ori îți voi spune să auzi, să vezi sau să simți ceva, vei trăi experiențe vii ca și cum ar fi în realitate. Vei auzi, vei vedea și vei simți ca în realitate. Ori de cîte ori îți voi spune să simți sau să faci ceva, vei îndeplini imediat cele cerute, pentru că sînt în avantajul tău. Eu voi putea să înlătur sau să modific orice comandă pe care ți-o dau. Continuă să te relaxezi. Cînd voi ajunge cu numărătoarea la 5 vei fi foarte, foarte profund relaxat, adînc relaxat și toropit; 5 - profund relaxat, adînc relaxat. Nu vei reveni

din relaxare decît atunci cînd îți voi spune să revii sau dacă mi se întîmplă ceva mie, sau dacă ceva te amenință. Altfel vei rămîne foarte relaxat, adînc relaxat și vei face tot ceea ce îți voi spune eu să faci. Cînd îți voi spune să revii nu îți vei mai aminti de nimic, decît de faptul că te-ai relaxat și te-ai odihnit".

Odată ajuns aici, hipnotizatorul va începe să administreze sugestiile terapeutice specifice pentru care a fost indusă hipnoza.

Vom reveni cu detalii asupra acestei etape în capitolele următoare.

D) DEHIPNOTIZAREA (trezirea subiectului)

Pentru mulți subiecți este suficient să comandăm pe ton plăcut, dar ferm:

"Revino! Trezește-te!" sau: "Cînd voi lovi cu degetele, vei fi pe deplin treaz, trezește-te!".

Pentru pacienții aflați într-o transă mai profundă este indicat ca revenirea să se facă gradat ca în exemplul de mai jos (Hartland, 1971):

"Imediat voi începe să număr de la 5 la 1. Cînd voi ajunge cu numărătoarea la 1, vei fi complet treaz, îți vei reveni complet. Te vei simți bine, înviorat, odihnit, ca după un somn bun:

5 - vei reveni curînd din relaxare; 4 - revii încet la normal; 3 - revii tot mai mult; 2 - cînd voi ajunge la 1 vei reveni complet; te vei simți foarte bine; 1 - ai revenit complet, ești pe deplin treaz; ai mintea limpede, clară, ești complet treaz, vioi, alert!"

Dacă subiectul se mai menține totuși într-o stare de amețeală, nu se ține bine pe picioare, are un aer năuc, terapeutul poate lovi palmele una de alta comandînd pe un ton ferm: "Ești pe deplin treaz!" sau poate repeta procedeul de dehipnotizare. În nici un caz terapeutul nu trebuie să lase subiectul să plece pînă nu este sigur că a revenit complet la starea normală. Este indicat ca subiecții care au intrat într-o transă mai profundă să fie lăsați să mai aștepte puțin într-o cameră, înainte de a pleca, hipnotizatorul urmînd să mai verifice o dată starea în care se află aceștia.

Există cazuri, foarte rare, cînd unii subiecți pot prezenta cefalee, confuzie, amețeli sau stări de vomă la revenirea din hipnoză. Acest fenomen apare mai ales cînd pacienții nu sînt de acord să îndeplinească sugestiile administrate de terapeut, deși s-au prezentat la tratament ei pot, de pildă, în mod inconștient să nu dorească să se lase de fumat sau sînt nevrotici și atunci fenomenul este interpretat ca o rezistență la psihoterapie. În astfel de cazuri este indicată o terapie mai în profunzime, în cadrul căreia să se abordeze conflictele din sfera personalității subiectului. O astfel de tehnică este hipnoanaliza, la care ne vom referi mai tîrziu.

Clinicienii citează și cazuri, foarte rare, cînd subiectul refuză să revină din hipnoză atunci cînd i se dau comenzi în acest sens. Acest lucru se poate întîmpla fie datorită unei erori de tehnică (terapeutul i-a sugerat, fără să-și dea seama, să nu se trezească), fie datorită unor rezistențe la revenire, care, la rîndul lor, pot avea mai multe cauze, dintre care amintim:

- existența unor sentimente de ostilitate față de terapeut;
- sugestii post-hipnotice, pe care subiectul nu dorește să le îndeplinească;

- tulburări în sfera personalității (nevoia de a fi dominat, de a evita un conflict, nevoia de a fugi de realitate);
- transformarea hipnozei în somnambulism de tip isteric.

Weitzenhoffer (1957) citează cazul unui hipnotizator începător care administrează subiectului următoarea sugestie:

"Pleoapele tale sînt grele, foarte grele, grele ca de plumb etc. Ai ochii închiși, nu poți deschide ochii. Încearcă să deschizi ochii dar nu poți!".

După 10 minute el încearcă să trezească subiectul care s-a dovedit receptiv, spunîndu-i: "Deschide ochii!". Acesta nu poate deschide ochii pentru că nu a fost anulată sugestia: "nu poți deschide ochii!". Corect ar fi fost ca terapeutul să spună: "Acum poți să deschizi ochii, poți să deschizi ochii... Deschide ochii!" sau să fi dat de la început o sugestie de genul: "Nu vei putea deschide ochii pînă cînd eu nu voi bate din palme!".

În situațiile în care subiectul refuză să revină din hipnoză, este indicat ca el să fie lăsat liniștit, deoarece în majoritatea cazurilor hipnoza se transformă în somn natural și el se trezește singur, după un timp oarecare.

O altă metodă frecvent folosită este interogarea subiectului, aflat în stare de hipnoză, de ce refuză să se trezească. De regulă, răspunsul subiectului sugerează terapeutului ce sugestii trebuie să administreze în astfel de situații.

O regulă de fier a hipnoterapeuților clinicieni este anularea sugestiilor administrate în timpul hipnozei. Aceste sugestii trebuie anulate chiar dacă subiectul nu a reacționat la ele în timpul hipnozei.

Jalowicz (cit. Weitzenhoffer, 1957) citează cazul unui subiect căruia i s-a administrat în timpul hipnozei, în scopuri demonstrative, sugestia că a fost atins cu un fier înroșit și că pe brat îi apare o băsică. În timpul hipnozei nu se întîmplă nimic, subiectul este dehipnotizat și trimis acasă. A doua zi acesta se prezintă la medic acuzînd o arsură pe brat, arsură a cărei cauză nu o cunoaște, fapt ce demonstrează posibilitatea existenței unor efecte întîrziate ale hipnozei.

În cazul în care terapeutul a uitat să anuleze sugestiile administrate, se recomandă ca subiectul să fie hipnotizat din nou și să administreze sugestiile de la început, inclusiv anularea lor, ca și cum nimic nu s-ar fi întîmplat.

V.CARACTERISTICILE STĂRII HIPNOTICE

Rezultat al inducției hipnotice, starea sau transa hipnotică este considerată astăzi ca o stare modificată de conștiință.

Hilgard și Gheorghiu (1977) descriu starea hipnotică prin următoarele caracteristici:

A) REDUCEREA FUNCȚIEI DE PLANIFICARE.

Subiectul hipnotizat pierde inițiativa și nu mai are dorința de a realiza acțiuni planificate pe cont propriu.

Aflat în hipnoză, subiectul acționează doar în conformitate cu cele sugerate de terapeut. El poate acționa, dar de cele mai multe ori nu simte nevoia s-o facă. Aspectul exterior al persoanei hipnotizate este al unui individ pasiv, care reacționează doar la comenzi venite din afară. Acest fenomen este și mai evident atunci cînd terapeutul sugerează subiectului să mențină mai mult timp o poziție incomodă pe care nu o modifică decît atunci cînd i se cere în mod expres să o facă.

Gill și Brennman (1959) au întrebat un subiect de ce crede el că se află în hipnoză. (Autorii au făcut diverse experimente cu respectivul subiect aflat în hipnoză: dacă era relaxat l-au activat, dacă a afirmat că-și simte brațul insensibil, i-au comandat revenirea sensibilității etc.). Interogat asupra stării sale subiectul răspunde: "Știu că mă aflu în hipnoză pentru că fac ceea ce-mi spuneți

dumneavoastră".

B) REDISTRIBUIREA ATENȚIEI.

În hipnoză se accentuează selectivitatea atenției, atenția subiectului fiind orientată în mod special spre ceea ce spune și face hipnotizatorul. Aflat într-o hipnoză profundă, acesta poate înregistra stimulii din mediul înconjurător sau proveniți de la alte persoane, dar nu reacționează decît la comenzile date de hipnotizator (este cunoscut faptul că o altă persoană nu poate anula hipnoza indusă de către terapeut; dacă subiectul este lăsat singur, el poate reveni treptat la starea normală sau poate intra din hipnoză în somn natural).

Hilgard afirmă că interpretarea conform căreia hipnoza reprezintă o concentrare maximă a atenției, pe baza selectivității sale din starea obișnuită de veghe, teorie susținută de Barber (1960) și Leuba (1960), nu este susținută de date experimentale.

Astfel, Amedeo și Shagass (1963) au demonstrat că subiecții în stare de hipnoză au fost mai puțin capabili să rezolve probleme de aritmetică decît aflați în stare de veghe. Înregistrarea mișcărilor oculare corelate cu performanțele cognitive indică mai curînd o creștere a activității difuze a creierului la subiecții hipnotizați.

Robert (1964), utilizînd o serie de teste de atenție nu a găsit nici o corelație între capacitatea de concentrare și hipnotizabilitate, iar Das (1964) afirmă că subiecții cu atenție mai susținută sînt mai puțin hipnotizabili.

Interpretînd aceste date experimentale, Hilgard este de părere că în hipnoză avem de-a face cu o scădere a atenției generale, el denumind fenomenul

"inatenție selectivă". (Subiectul aude doar vocea hipnotizatorului și nu aude alte voci).

C) CAPACITATEA CRESCUTĂ A PRODUCȚIEI IMAGINATIVE (vivacitatea reprezentărilor memoriei).

Din relatările subiecților hipnotizați rezultă că reptrezentările din timpul hipnozei sînt deosebit de vii. Adesea ei au adevărate stări halucinatorii, percepînd obiecte, persoane sau situații care nu există în realitate. De asemenea, este cunoscută pregnanța și vivacitatea viselor hipnotice.

D) REDUCEREA CONTROLULUI realității și toleranța crescută pentru distorsionări ale acesteia.

În viața cotidiană controalele pe care le realizează omul asupra mediului înconjurător sînt foarte frecvente. Omul privește în jur, se uită la ceas, ascultă, atinge obiectele. În timpul hipnozei această reducere a controlului este produsă de sugestiile de relaxare și deșteptare, ea conducînd la rîndul său la acceptarea mai facilă a distorsiunilor perceptive. Astfel, subiectul hipnotizat acceptă amintiri false, schimbări ale personalității, distorsionarea percepției timpului (cercetările au demonstrat că intervalele scurte sînt percepute ca mai lungi, iar cele lungi ca mai scurte), perceperea de tip halucinator a unor persoane sau obiecte absente sau dimpotrivă, neperceperea unor persoane sau obiecte care se află în încăpere.

Aceste fenomene pun în evidență o reducere sub influența hipnozei a capacităților discriminatorii și critice ale subiectului. Deși nu trebuie să înțelegem că toate capacitățile logice sînt suspendate, se ob-

servă o anumită tendință necritică de a lua lucrurile "ad literam".

Caracterizînd acest fenomen, Orne (1959) vorbește de așa-numita "logică a transei", conform căreia subiectul acceptă ca fiind logice situații pe care în stare normală nu le-ar considera ca atare.

E) CREȘTEREA GRADULUI DE SUGESTIBILITATE.

În hipnoză receptivitatea la sugestii a subiectului crește foarte mult comparativ cu starea obișnuită. Stimuli sau incitații sugestive, care în afara hipnozei determină reacții de intensitate foarte redusă sau nu produc nici o reacție, conduc la modificări de amploare dacă sînt administrați în urma inducției hipnotice. Pe aceasta se bazează numeroasele aplicații ale hipnozei în terapie sau în optimizarea comportamentului.

Hull (1933) și Weitzenhoffer (1953) au văzut relația dintre sugestie și hipnoză atît de strînsă, încît au unit cei doi termeni în titlurile lor.

F) ACCENTUAREA COMPORTAMENTULUI DE JUCARE A UNOR ROLURI.

Subiectul aflat în hipnoză nu efectuează numai acțiuni simple, sugerate de terapeut. El poate intra într-un rol care presupune desfășurarea unor acțiuni complexe cerute de acesta.

Subiecții prezintă în hipnoză o mai mare capacitate de transpunere în rolurile sugerate, comparativ cu starea obișnuită. Astfel, de pildă, unui subiect căruia i se sugerează că are altă vîrstă decît cea reală sau că este o altă persoană, va tinde să interpreteze cu multă autenticitate rolul sugerat. Există

chiar și o teorie care tinde să explice fenomenul hipnotic prin jucarea unui rol (Sarbin, 1956; Sarbin și Anderson, 1967).

G) APARIȚIA AMNEZIEI POST-HIPNOTICE.

Amnezia sau uitarea celor ce s-au petrecut în timpul hipnozei reprezintă una din particularitățile de bază ale stării hipnotice. Această amnezie poate fi sugerată de terapeut dar ea se poate instala și spontan mai ales în stările de transă mai profundă.

H) STAREA DE RELAXARE PSIHO-FIZICĂ

Majoritatea subiecților care au fost hipnotizați și s-au dovedit receptivi la hipnoză, descriu starea pe care au resimțit-o ca fiind caracterizată prin relaxare fizică și psihică, lipsă de interes pentru ceea ce se petrece în jur, dorința de a urma cu exactitate instrucțiunile terapeutului, incapacitatea de a se opune acestora, absenței de a reflecta critic, de a acționa, dorința și satisfacția de a rămîne vreme îndelungată fără a întreprinde ceva. Mulți subiecți relatează și prezența unor senzații de greutate și uneori de căldură în membre, ca în cazul relaxării după metoda antrenamentului autogen al lui Schultz.

I) SCĂDEREA ACUITĂȚII PERCEPTIVE.

În stare hipnotică, stimulii ambianței sînt percepuți mai estompat, cu mai puțină claritate și precizie, unii dintre aceștia nefiind percepuți de loc.

Mulți subiecți au descris starea trăită în timpul hipnozei ca fiind o stare intermediară între starea de veghe și cea de somn.

Hilgard a aplicat asupra unor subiecți cunoscuta scală de hipnotizabilitate Standford și i-a solicitat

apoi pe aceștia să relateze cu privire la efectele spontane, nesugerate ce apar în timpul hipnozei.

Majoritatea subiecților hipnotizați relatează că au simțit: lipsa dorinței de a vorbi, de a se mișca și de a gîndi, tendința de a da curs celor sugerate de experimentator, schimbări în aparența sau dimensiunea unor părți ale corpului, senzație de zbor, senzație de golire de gînduri, senzație de amețeală, de vîrtej, ei descriind starea ca fiind asemănătoare cu somnul.

Tart (1970) a interogat un subiect, foarte dotat pentru hipnoză, asupra stării trăite de acesta în timpul unei transe profunde. Acesta a caracterizat starea sa astfel:

- absența senzației corpului propriu;
- absența senzațiilor sau evenimentelor venite din afară; conștientizează doar un fel de fluid sau flux de energie care îl înconjoară;
- nu are conștiința lumii exterioare, cu excepția vocii depersonalizate a hipnotizatorului care îi transmite mesaje agreabile și amuzante care parcă îi vin din marea infinită a oceanului cosmic;
- sentimentul că se află în afara timpului;
- pierderea identității personale.

Desigur nu toți subiecții sînt capabili să atingă o astfel de profunzime a transei hipnotice. Interesant este că stări similare cu cele descrise de subiectul investigat de Tart au fost descrise de cei care au studiat diversele variante ale meditației de tip oriental (Govinde, 1960; Phillipe, 1963).

VI. PROFUNZIMEA HIPNOZEI

Nu toți oamenii pot fi hipnotizați în aceeași măsură. Unii nu reacționează de fel la inducția hipnotică, alții reacționează moderat, iar alții se dovedesc deosebit de receptivi. Susceptibilitatea hipnotică reprezintă capacitatea individului de a fi hipnotizat. Oamenii diferă în privința acestei susceptibilități așa cum diferă în ceea ce privește inteligența sau aptitudinile sportive.

Specialiștii au ajuns la concluzia că performanța hipnotică depinde atît de susceptibilitatea hipnotică a individului, cît și de atitudinea acestuia față de hipnoză (o persoană înalt hipnotizabilă poate rezista la hipnoză dacă își propune acest lucru).

Pentru măsurarea susceptibilității hipnotice au fost alcătuite, încă de la sfîrșitul secolului trecut, scale de evaluare a gradului de profunzime al hipnozei pe care poate să-l atingă un individ.

Profunzimea hipnozei, după Liebeault (1889) (cf. Hilgard, Weitzenhoffer, Lande și Moore, 1961).

A) SOMN SUPERFICIAL

- Amețeală: toropeală, amețeală, senzație de greutate în cap, dificultăți de a deschide ochii.
- Somn ușor: semnele de mai sus, la care se adaugă catatepsie (greutate, inerție musculară), dar cu capacitatea de a-și modifica poziția membrelor.
- Somn ceva mai profund: insensibilitate, catalepsie, automatisme motorii. Subiectul nu mai poate in-

terveni în desfășurarea mișcărilor automate (dacă se imprimă o mișcare rotativă a brațului, subiectul nu mai este capabil s-o controleze).

- Stare intermediară: la catalepsie și automatisme se adaugă faptul că subiectul nu mai reacționează la nimic în afară de comenzile date de hipnotizator și nu-și mai amintește decît interesele dintre el și hipnotizator.

B) STARE SOMNAMBULICĂ PROFUNDĂ.

- Somn de tip somnambulic obișnuit.

Se caracterizează prin amnezie totală la trezire. Halucinații în timpul stării hipnotice care dispar la trezire. Subiectul se află sub controlul hipnotizatorului.

- Somn de tip somnambulic profund:

Amnezie totală la trezire. Halucinații hipnotice și posibile halucinații post-hipnotice. Subiectul aflat sub controlul total al hipnotizatorului.

Cotarea susceptibilității hipnotice după Davis și Husband (1931)

Profunzimea hipnozei	Punctajul acordat (Scor)	Manifestări obiective
- Non susceptibil - Stare hipnoidă	0 2 3 4 5	- Relaxare musculară - Tremurul pleoapelor - Închiderea ochilor - Relaxare fizică totală
- Transă uşoară	6 7 10 11	- Catalepsia pleoapelor - Catalepsia membrelor - Catalepsia rigidă - Anestezie în mănuşă (anularea sensibilităţii numai în anumite zone ale mîinilor)
- Transă medie	13 15 17 18 20	- Amnezie (uitare) parţială - Anestezie post-hipnotică - Modificări în sfera personalităţii - Reacţionează la sugestii post-hipnotice simple - Distorsionări perceptive (iluzii, halucinaţii) - Amnezie totală
- Transă profundă (de tip somnambulic)	21 23 25 26 27 28 29 30	- Capacitate de a deschide ochii fără a afecta transa - Sugestii post-hipnotice bizare care sînt acceptate de subiect - Comportament de tip somnambulic - Halucinaţii vizuale pozitive */ post-hipnotice - Halucinaţii auditive post-hipnotice - Amnezie post-hipnotică sistematică - Halucinaţii auditive negative - Hiperestezii (accentuarea sensibilităţii)

*/ Halucinaţiile pozitive se referă la perceperea unor obiecte, persoane, situaţii inexistente în realitate, în timp ce halucinaţiile negative caracterizează situaţia în care obiectele şi situaţiile prezente nu sînt percepute de către subiect.

La ora actuală, în domeniul hipnozei clinice şi experimentale se utilizează cel mai frecvent scalele de hipnotizabilitate Standford (autori Weitzenhoffer şi Hilgard, 1957; 1959; 1962) şi Harvard (autori Shor şi Orne, 1962).

Redăm în tabelul de mai jos itemii (probele) comparativi ai susceptibilităţii hipnotice ale scalelor Standford (forma A) şi Harvard (Hilard, 1971):

Itemi (probe) aplicate Scala Standford Forma A	Scala Harvard	Criteriul de notare a rezultatului după scala Harvard
1. Oscilaţia corpului	- Căderea capului	- Capul subiectului se apleacă în urma sugestiilor măcar cu 10 cm.
2. Închiderea ochilor	- Idem	- Ochii subiectului se închid în urma administrării inducţiei înainte ca experimentatorul să ceară în mod expres acest lucru.
3. Coborîrea braţului	- Idem	În urma sugestiilor administrate direct, braţul subiectului coboară cu aproximativ 10 cm., înainte de a i se spune să-l coboare în mod deliberat
4. Imobilizarea braţului	- Idem	- Subiectului i se dau sugestii că braţul nu se poate ridica; el nu ridică braţul mai mult de 2-3 cm.
5. Blocarea degetelor	- Idem	- I se sugerează că degetele sînt încleştate unele în altele. Nu reuşeşte să desfacă degetele atunci cînd i se cere.
6. Rigiditatea braţului	- Idem	- I se sugerează că braţul este rigid; nu reuşeşte să îndoaie braţul mai mult de cîteva grade.

Iemi (probe) aplicate Scala Standford Forma A	Scala Harvard	Criteriul de notare a rezultatului după scala Harvard
7. Apropierea palmelor	- Căderea capului	- I se sugerează că palmele se apropie; se cotează atunci cînd palmele nu sînt mai depărtate de 10 cm. la terminarea probei.
8. Inhibarea comunicării verbale (i se sugerează că nu-și poate spune numele)	- Inhibarea comunicării (i se sugerează că nu poate să miște capul în semn de NU!)	- Nu poate mișca capul.
9. Halucinație pozitivă (i se sugerează că aude bîzîitul unei muște)	- Idem	- Semne evidente cu privire la efect (face mișcări ca și cum ar dori să alunge musca).
10. Catalepsia pleoapelor	- Idem	- Ochii rămîn închiși chiar cînd i se sugerează să încerce să-i deschidă.
11. Sugestia post-hipnotică (schimbă scaunele)	- Idem (atinge glezna)	- Face măcar unele mișcări observabile ca și cum ar dori să atingă glezna.
12. Amnezie post-hipnotică	- Idem	- Reproduce cel mult 3 probe (sau mai puține) de care își amintește că ar fi fost realizate în timpul hipnozei.

Scalele de testare a gradului de hipnotizabilitate se utilizează, de regulă, mai mult în scopuri experimentale. Clinicienii se mulțumesc să testeze receptivitatea la hipnoză a pacienților lor utilizînd probe izolate (teste de sugestibilitate) din cadrul acestor scale, probe de tipul celor descrise la capitolul consacrat inducției hipnotice.

O problemă care a preocupat mult pe specialiști a fost în ce măsură susceptibilitatea hipnotică este antrenabilă prin experiențe repetate.

Rezultatele experimentale referitoare la această problemă sînt contradictorii. Astfel, Shor, Orne, O'Conell (1962) și Gill și Brenman (1959) au ajuns la concluzia că susceptibilitatea hipnotică este modificabilă în mică măsură.

As, Hilgard și Weitzenhoffer (1963) au ales un eșantion cu scoruri medii la scala de hipnotizabilitate Standford, forma A și au încercat prin diverse metode să le crească gradul de hipnotizabilitate (discuții psihoterapeutice menite să modifice atitudinea față de hipnoză a subiecților, utilizarea unor diferite tehnici de inducție hipnotică). Rezultatele obținute de acești autori au fost slabe, ei ajungînd la concluzia că susceptibilitatea hipnotică, așa cum este ea măsurată cu ajutorul scalelor standard, are o stabilitate relativă.

VII. SĂ PĂTRUNDEM ÎN TAINELE HIPNOZEI

A) TEORIA FLUIDULUI VITAL.

Cea mai veche încercare de explicare a hipnozei aparține lui Mesmer care susține că la baza hipnozei se află "magnetismul animal", un fel de fluid care curge din corpul hipnotizatorului în cel al subiectului. Medicina timpului respectiv a infirmat această ipoteză, deși a fost nevoită să accepte realitatea clinică a fenomenului hipnotic.

Cercetările moderne de laborator, realizate cu ajutorul metodei electronografice, au pus în evidență existența unui biocîmp ce înconjoară organismele vii și pe care specialiștii îl explică printr-o concentrare masivă de microparticule de apă de la nivelul pielii modificînd prin prezența sa unele caracteristici ale organismului. Nu a putut fi însă pusă în evidență pînă în prezent vreo legătură directă dintre existența acestui biocîmp și producerea fenomenului hipnotic.

B) HIPNOZA - FENOMEN PSIHOPATOLOGIC - specific isteriei.

Cunoscutul psihiatru francez Charcot considera receptivitatea hipnotică fiind caracteristică doar persoanelor isterice, deci ca pe un fenomen patologic. El presupune că atunci cînd indivizii își recapătă echilibrul, ei nu mai pot fi hipnotizați. Studiile ulterioare au arătat însă că subiecții normali sînt de cele mai multe ori mai hipnotizabili decît bolnavii psihici.

C) HIPNOZA ȘI SOMNUL.

Mulți autori au susținut ideea asemănării dintre hypnoză și somn (chiar termenul de hipnoză provine de la termenul grecesc Hypnos = Somn).

Această teorie se baza pe faptul că persoana hipnotizată părea ca și adormită (relaxată, inactivă, de cele mai multe ori cu ochii închiși).

Cunoscutul fiziolog rus Pavlov considera că inhibiția, somnul și hypnoza fac parte din aceeași categorie de fenomene. După opinia sa, în timpul hipnozei, pe scoarța cerebrală aflată în inhibiție se mențin unele focare de veghe, pe baza cărora este posibilă legătura dintre subiect și hipnotizator, subiectul fiind capabil să execute comenzile date de acesta.

Dar nici datele clinice, nici cele experimentale nu au confirmat ipoteza conform căreia hipnoza ar fi tot una cu somnul. Astfel, s-a demonstrat că un individ aflat în stare de hipnoză mai profundă poate fi activ în funcție de conținutul sugestiilor care i se administrează (ține ochii deschiși, se mișcă, execută diferite acțiuni complexe).

Nici din punct de vedere fiziologic reacțiile din timpul hipnozei nu seamănă cu cele din timpul somnului. Undele cerebrale din timpul hipnozei sînt specifice stării de veghe relaxată (unde Alfa), în timp ce pentru somn sînt specifice unde mai lente. Studiile E.E.G. au demonstrat că un individ este cu atît mai hipnotizabil cu cît are unde Alfa mai bine reprezentate. Pe aceste date se bazează cei care consideră hipnoza ca fiind io relaxare mai profundă.

D) HIPNOZA ŞI TEORIA ROLULUI.

Această teorie aparţine lui Sarbin (cf. Marcus, 1959), care consideră fenomenul hipnotic ca interpretarea unui rol (acela de persoană hipnotizată). Se accentuează ideea că individul hipnotizat se comportă aşa cum crede el că trebuie să se comporte o persoană aflată în hipnoză, în conformitate cu propriile sale idei despre hipnoză şi cu indicaţiile hipnotizatorului, abandonîndu-se pe sine în rol. Această încercare de explicare psihosocială a hipnozei se bazează în mare măsură pe faptul că a fost găsită o corelaţie semnificativă între hypnotizabilitate şi aptitudinile actoriceşti.

Gheorghiu (1977) arată însă că teoria rolului înlocuieşte o metaforă - cea de "transă hipnotică", cu o altă metaforă - cea de "rol", fără ca prin aceasta să explice esenţa fenomenului investigat. Nu pot fi explicate mai ales diferenţele interindividuale în ceea ce priveşte hipnotizabilitatea şi anume de ce unii subiecţi se transpun pînă la uitare de sine în rolul de persoană hipnotizată, iar alţii nu reuşesc decît foarte puţin sau de loc acest lucru.

Teoria rolului nu poate explica nici modul în care se poate realiza o operaţie de chirurgie majoră în stare de hipnoză, în absenţa unor substanţe anestezice şi nici modul în care se realizează transpunerea în rol în cadrul fenomenelor de autohipnoză. De asemenea, cu ajutorul acestei teorii nu se poate explica nici faptul că unii subiecţi care doresc din tot sufletul să fie hypnotizaţi şi cunosc foarte bine rolul de persoană hypnotizată, nu răspund totuşi la hipnoză.

E) HIPNOZA ŞI TEORIILE ÎNVĂŢĂRII (Hall1933; Weitzenhoffer, 1953)

Această teorie explică posibilitatea comportamentului hypnotic pe baza învăţării (condiţionării) şi formării unor deprinderi de a intra în transă. Autorii ei susţin că deprinderile hipnotice seamănă cu cele de tipul absorbţiei în lectură sau cu deprinderile de a trăi intens aventuri imaginare, insistînd mult asupra importanţei imitaţiei în cadrul comportamentului hipnotic. După cum se poate lesne observa şi această teorie este insuficientă, ea mărginindu-se mai curînd să descrie modul în care se structurează comportamentul hypnotic decît să explice mecanismele profunde ale acestuia.

F) HIPNOZA ŞI PSIHANALIZA.

Au existat încercări de a explica ceea ce se întîmplă cu subiectul aflat în hipnoză şi prin intermediul conceptelor specifice psihanalizei.

Astfel, mulţi autori consideră transa hypnotică un fenomen regresiv, de întoarcere a subiectului la trăiri specifice vîrstelor copilăriei. În starea de transă hipnotică, subiectul poate obţine o serie de beneficii secundare, pe care nu le-ar obţine în stare de veghe (îşi permite libertăţi pe care altfel nu şi le-ar putea permite).

Se subliniază importanţa raporturilor de subordonare dintre subiect şi hipnotizator, pe care pshanaliştii le aseamănă cu cele dintre părinte şi copil. Astfel, conform acestei teorii în cadrul hipnozei paterne, hipnotizatorul este identificat cu figura autoritară a tatălui, în timp ce în cadrul hipnozei materne, hipnotizatorul preia rolul protector al mamei.

Tot psihanaliștii încearcă să stabilească o analogie între fenomenul hipnotic și dragostea de tip erotic, insistîndu-se pe fenomenele de tip transferențial care apar între subiect și hipnotizator.

Astfel, de pildă, Gill și Brenman (1947) explică hipnoza prin intermediul regresiei și transferului.

Psyhanaliza modernă consideră hipnoza ca o regresie parțială în slujba egoului. (Kris, 1952).

Hilgard este de părere că și această explicație a manifestărilor hypnotice este insuficientă, neacoperind toată aria de manifestări specifice acestora.

Dificil de explicat prin prisma conceptelor psihanalitice ar fi și fenomenele de autohipnoză. Dacă în ceea ce privește explicația teoretică psihanaliza pare să nu fi adus prea multe lucruri noi, îmbinarea practică dintre hipnoză și psihanaliză - hipnoanaliză - s-a dovedit metodă utilă în terapie.

G) TEORII ECLECTICE ALE HIPNOZEI.

Aceste teorii combină, în explicarea hipnozei, elemente aparținînd unor teorii diverse Astfel, Shor (cf. Gheorghiu, 1977), autorul teoriei tridimensionale a hipnozei, consideră că hypnoza, ca stare modificată de conștiință, trebuie înțeleasă ținîndu-se seama de trei elemente:

- tendința subiectului de a juca rolul de persoană hipnotizată (conform teoriei rolului);
- profunzimea transei hipnotice;
- actualizarea unor aspecte arhaice, regresive, implicate în conduita hipnotică.

Deși elementele aparținînd mai multor orientări se completează reciproc, nici teoria tridimensională nu se poate spune precis cum se explică diferențele individuale în ceea ce privește profunzimea transei

atinse de subiect.

H) TEORIA COMPORTAMENTULUI ASUPRA HIPNOZEI.

Această teorie, aparținînd lui Barber și colaboratorilor săi, pune accentul, în explicarea hipnozei, pe comportamentul subiectului în situația experimentală, insistînd asupra rolului factorului motivație, atitudine, expectație în producerea unor reacții concordante cu cele sugerate. El susține că subiecții trăiesc fenomene asemănătoare cu cele de tip hipnotic și în următoarele situații:

- cînd au atitudini, motivații și expectații favorabile față de situația test;
- cînd li se spune să-și imagineze cele sugerate de experimentator.

Deci, atitudinile pozitive ar fi cele care fac subiectul să răspundă bine la sugestiile hipnotizatorului.

Barber și Hahn (1962) au demonstrat experimental că analgezia sugerată prin imagini administrate în stare de veghe a produs o creștere a rezistenței la durere (în situații experimentale) asemănătoare cu cea produsă prin hypnoză, evidențiindu-se aceleași reacții la măsurătorile fiziologice concomitente. Experimentatorii susțin, pe baza unor date de acest tip, faptul că noțiunile de "transă" și "hipnoză" nu mai sînt necesare în explicarea hipersugestibilității și performanțelor așa-zisului "comportament hipnotic". Răspunsurile la sugestiile directe și performanțele asociate în mod tradițional cu termenul de hypnoză pot fi incluse în cadrul unui concept mai general pe care autorii îl denumesc "motivație pentru îndeplinirea sarcinii" (Barber și Calverley,

1962).

Deci, ceea ce se înțelege în mod tradițional prin hypnoză, nu constituie, conform acestei teorii decît o manifestare mai accentuată a receptivității la sugestii.

O obiecție la această interpretare ar putea-o reprezenta faptul că, dacă fără utilizarea unei indicații hypnotice se obțin fenomene asemănătoare cu cele hypnotice, nu înseamnă obligatoriu că avem de-a face cu situații identice, motivarea pentru sarcină producînd un comportament complezent care mimează pe cel hipnotic, dar nu se identifică acestuia (Gheorghiu, 1977). De asemenea, este greu de presupus că o operație de chirurgie majoră ar putea fi realizată fără anestezice doar creînd motivații și atitudini pozitive pacientului.

I) TEORIA DISOCIERII PERSONALITĂȚII și teoria funcționării diferențiate a celor două emisfere cerebrale.

În anul 1973 Hilgard se referea pentru prima oară la conceptul de "observator ascuns", discutînd unele fenomene care se petrec în timpul hipnozei. Termenul a izvorît din interpretarea unor date experimentale referitoare la controlul durerii prin hipnoză, experimemnte în urma cărora a rezultat că, în timpul hipnozei, durerea dispare din punct de vedere subiectiv, dar corelatele ei fiziologice persistă; în același timp, subiectul înregistrează durerea la nivelul de care este responsabil "observatorul ascuns". (Subiectului aflat în hipnoză i se cerea să introducă mîna în apă cu gheață și să spună dacă simte sau nu durerea. Experimentatorul constată cu surpriză că acesta relatează verbal că nu simte durerea, în timp ce, cu cealaltă mînă, el scrie automat că o simte).

O explicație posibilă pentru acest fenomen ar fi aceea a descrierii psihologice între diversele substructuri ale personalității.

Strîns legată de această ipoteză a disocierii psihice ar putea fi și interpretarea care leagă fenomenele hipnotice de diferențele funcționale existente între cele două emisfere cerebrale.

În ultimii ani, hipnoza a fost definită și ca o comutare la nivelul emisferelor cerebrale, ea constînd în activarea emisferei drepte și dezactivarea celei stîngi. Această definire pare să aibă la bază argumente valide, deoarece starea hipnotică este caracterizată prin modificări ale percepției spațiului și timpului, a proceselor cognitive (logică și capacitate de testare a realității mai reduse, mai multă sugestibilitate, creativitate, toleranță la ambiguitate), prezența altor forme de expresie (mai mult imagini decît cuvinte), alte procese de prelucrare a informației (procesare simultană și paralelă în loc de procesare lineară), toate aceste fenomene fiind caracteristice funcționării prioritare a emisferei cerebrale drepte.

Totuși, deoarece localizarea cerebrală exactă a multor funcții psihice este încă discutabilă, Unestähl (1987) consideră că este încă prematur să definim hipnoza ca o comutare la nivel emisferic. Autorul citat propune în schimb utilizarea a două modalități distincte de funcționare a conștiinței: modul dominant (D) și modul alternativ (A), acesta din urmă fiind responsabil de fenomene și manifestări printre care se pot include și cele de tip hipnotic (și de care pare să fie mai curînd responsabilă

funcționarea emisferei cerebrale drepte).

Modul dominant (D)	Modul alternativ (A)
LOGICĂ	INSIGHT
Gîndire analitică	Sinteză
Testarea realității	Automatism
Tactică, planificare	Sugestibilitate
Strategii	Sensibilitate
Evaluare	Intuiție
Spirit critic	Evaluarea liberă a informației
Analiza detaliilor	feed-bach pozitiv
Instrucțiuni verbale	Apreciere globală
Controlul voluntar	Vizualizare
Gîndirea evenimentelor trecute și viitoare	Imagini kinestezice
Linearitate temporală	Controlul prin autoprogramarea scopurilor
Procese seriale	Trăire în prezent
determinarea verbală a comenzilor	Procese cognitive paralele
Încercări	Înțelegere nonverbală
Eforturi	Metafore
	Modelare
Stare normală de conștiință	Stare alternativă de conștiință

Modurile conștiinței (după Unestähl, 1987)

Se constată faptul că această interpretare plasează fenomenele hypnotice alături de cele de creație, intuiție sau meditație.

VIII. FALSELE PERICOLE ALE HIPNOZEI

Nespecialiaștii și mai ales scriitorii de literatură științifico-fantastică au tendința de a exagera foarte mult efectele negative ale hipnozei.

Teama cea mai serioasă și mai răspîndită în legătură cu hipnoza este aceea că hypnoza ar slăbi voința subiectului făcîndu-l o unealtă oarbă în mîna hipnotizatorului. Deși practica a demonstrat că, de regulă, pe măsură ce parcurge mai multe ședințe de hipnoză, individul poate deveni mai hipnotizabil, ea nu a demonstrat că acesta nu poate rezista hipnozei dacă își propune în mod serios să o facă. Hipnozele repetate nu fac persoana să devină dependentă de hipnoză ca de un drog sau să se afle total sub dominația hipnotizatorului. Desigur și în cadrul hipnozei se poate dezvolta o relație afectivă, te dip transferențial, relație ce poate apare în cadrul altor forme de psihoterapie. Un terapeut abil știe acest lucru și conduce astfel terapia încît relațiile afe[illegible] de tip transferențial să fie rezolvate în avantajul pacientului.

O altă rezervă legată de hipnoză ar fi posibilitatea apariției unor efecte secundare, de natură psihogenă. Încă Schultz (1922) a atras atenția că dacă hipnoza este practicată de nespecialiști, se pot instala la subiecți tremurături, migrene sau alte tulburări nevrotice.

Gill și Brenman (1947) sînt de părere că efectele secundare negative ale hipnozei sînt mult exagerate.

De regulă, cei care subliniau efectele negative ale acestui tip de tratament aveau în vedere cazuri mai grave, tratate de nespecialiști.

În cazurile în care au apărut în urma practicării hipnozei efecte mai severe, pacienții aveau o istorie mai lungă a bolii lor, motivul consultării hipnotizatorului fiind doar unul din multiplele motive care alcătuiau constelația motivației patologice a pacientului. Cazurile (din fericire foarte rare) în care rezolvarea unui simptom psihosomatic declanșează o simptomatologie psihotică nu apar decît la acei pacienți la care potențialul psihotic deși latent, exista deja, iar hipnologul, fără pregătire psihopatologică nu a observat acest lucru.

Trebuie subliniat însă faptul că un asemenea pericol există și în cazul oricărei terapii orientate doar spre tratarea simptomului. Astfel, Prenman (1954) citează în cazul tratării unor "ticuri dureroase" prin infiltrații de alcool, pentru anularea durerii, apariția unor simptome mai severe, iar Menninger (1941) a descris cazul unui pacient, la care gasterectomia reușită în cazul unui ulcer peptic a fost urmată de suicid, pentru că durerea (anulată) nu a mai putut masca tendințele depresive ale pacientului. În astfel de situații, simptomul are rolul de mecanism de apărare, el contribuind la menținerea sub control a unor tendințe psihopatologice mai severe.

Desigur, atunci cînd hipnoza este aplicată doar ca psihoterapie centrată pe simptom, poate apare acest risc al substituției de simptom (înlocuirea unui simptom cu altul, uneori chiar mai grav). Hipnoterapia are însă avantajul că poate fi utilizată și în cadrul unei terapii de profunzime, prin care se pot ex-

plora conflictele inconștiente ale subiectului. Această variantă se numește hipnoanaliză și ea combină unele elemente din cadul hypnozei cu cele specifice psihanalizei. Vom reveni cu detalii în alt capitol al lucrării noastre.

Adesea, la subiecți apare teama că nu vor putea ieși din hipnoză. Dificultățile de revenire fiind și ele foarte rare și mult exagerate.

Totuși, deoarece clinicienii s-au lovit de-a lungul timpului de astfel de cazuri, au fost elaborate tehnicile standardizate de dehipnotizare, dintre care cele mai eficiente au fost puse la punct de Williams (1953) și Weitzenhoffer (1957).

Clinicienii se referă și la posibilitatea reinstalării spontane a unor efecte ținînd de unele psihotraume mai vechi ale subiectului. În situația hipnotică amintirile sau deprinderile caracteristice unor perioade mai timpurii pot și uneori chiar trebuie să fie reactivate. Această caracteristică face posibilă hiperamnezia și retrăirea unor situații conflictuale și a unor experiențe psihotraumatizante timpurii reprimate, în cadrul tehnicii denumită regresia de vîrstă. Această descoperire și retrăire a conflictelor din istoria pacientului este indicată în multe situații, mai ales în cazul comportamentelor de tip fobic. Dacă un astfel de conflict izbucnește, terapeutul trebuie să stăpînească bine situația, să conducă pacientul spre retrăirea de tip cathartic a acestui conflict și apoi să-l liniștească, să-l susțină psihic și să-i sugereze că nimic amenințător nu i se poate întîmpla.

O problemă mult disputată este și aceea a seducției în stare de hipnoză, sau aceea a posibilității comiterii unor acte antisociale în timpul hipnozei.

Majoritatea autorilor sînt de părere că în cazul

seducției în hipnoză, hipnoza nu a reprezentat decît o scuză convenabilă pentru ceea ce subiectul ar fi dorit să se întîmple și fără hypnoză (avem în vedere dorința inconștientă a subiectului de a se lăsa sedus).

La întrebarea dacă poate cineva să fie hipnotizat împotriva voinței sale, Marcuse (1959) este de părere că trebuie să înlocuim în acest caz termenul de voință cu cel de motivație sau dorință. Or, motivațiile umane (dorințe, tendințe) pot fi conștiente sau inconștiente.

Dacă un subiect dorește în mod conștient să fie hipnotizat, dar nu se dorește hipnotizabil, se poate spune despre el că dorește să fie hipnotizat la nivel conștient, dar nu dorește în mod inconștient. Dimpotrivă, o persoană care afirmă că nu vrea să fie hipnotizată, dar este hipnotizabilă, poate fi caracterizată ca nedoritoare la nivel conștient și doritoare la nivel inconștient. Deci, dacă există o motivație inconștientă de a fi hipnotizat, chiar dacă subiectul afirmă contrariul, atunci putem spune că el poate fi hipnotizat "împotriva voinței sale".

La întrebarea dacă cineva poate fi determinat în stare de hipnoză să acționeze împotriva propriului său cod moral, răspunsurile sînt în genere contradictorii.

Mulți autori sînt de părere că principiile morale nu sînt atît de rigide cum am putea crede la prima vedere. Ca și în cazul seducției și comiterea altor acte care contravin propriului cod moral, poate să găsească în hipnoză o scuză convenabilă pentru ceea ce subiectul ar fi putut comite și în afara acesteia. Cei care susțin că în stare de hipnoză nu se pot comite acte antisociale citează cazul fetei care,

care, aflată în hipnoză, refuză să se dezbrace la comandă și iese spontan din hipnoză, sau al subiectului, aflat de asemenea în stare de hipnoză, care refuză să atace un om adevărat, cu un cuțit adevărat, deși înainte atacase un manechin.

Pe de altă parte, se citează cazul unor subiecți care, în urma sugestiei hipnotice, au aruncat cu acid sulfuric în experimentator (care era protejat de un geam greu observabil pentru subiect). De asemenea, în timpul celui de-al doilea război mondial s-a făcut un experiment prin care s-a demonstrat că se pot obține de la subiecții aflați în hipnoză informații cu caracter secret (subiecții erau cercetători militari și hipnotizatorul le-a sugerat în stare de hipnoză că el este comandantul lor).

Probabil că răspunsul cel mai apropiat de adevăr la întrebarea dacă un subiect poate comite sau nu acte antisociale în stare de hipnoză ar fi cel dat de Hilgard, citînd pe Barber și Orne, care spun că este puțin probabil ca subiectul să comită în stare de hypnoză acte antisociale pe care nu le-ar fi putut comite și în stare de veghe.

IX VALENȚELE COMPENSATORII ALE HIPNOZEI

Hipnoterapia reprezintă tratamentul psihoterapeutic realizat cu ajutorul hypnozei. Hypnoza poate ajuta pacientul prin simplă inducție, aceasta intrînd într-o stare de relaxare profundă cu rol benefic asupra sănătății sale fizice și materiale. De asemenea, datorită creșterii gradului de sugestibilitate și a productivității reprezentărilor vizuale în timpul hipnozei, sugestiile verbale precum și imaginile sugerate afectează mai profund psihicul pacientului comparativ cu starea de veghe și chiar cu administrarea acestora într-o simplă stare de relaxare. Pe aceasta se bazează posibilitatea eliminării unor simptome psihice și somatice prin hipnoză.

Specialiștii au demonstrat că pentru simpla eliminare de simptom nu este neapărat necesară o transă prea profundă, obiectivele pe care și le propune terapeutul putînd fi atinse și într-o transă medie sau ușoară. Dacă pacientul atinge un nivel mai mare de profunzime al hipnozei, există posibilitatea explorării conflictelor ascunse din sfera personalității subiectului, hipnoza slăbind rezistențele pacientului la psihoterapie. În felul acesta hipnoza nu mai este o simplă terapie centrată pe simptom, ea înscriindu-se printre psihoterapiile de profunzime (în varianta hipoanalizei) care își propun să restructureze personalitatea subiectului și să producă modificări durabile în psihismul acestuia.

Un avantaj important al hipnozei îl reprezintă și faptul că această metodă se poate combina cu succes și cu alte tehnici de psihoterapie scurtă, abordarea pacientului putîndu-se realiza din unghiuri diferite, ceea ce crește șansa de vindecare a acestuia.

De asemenea, hipnoza poate fi utilizată în susținerea oricărui pacient cu afecțiuni organice, ea contribuind la reducerea durerii și anxietății bolnavului și ajutînd la mobilizarea resurselor de luptă ale acestuia împotriva bolii sale.

Așa cum am mai subliniat atunci cînd ne-am referit la pericolele utilizării hipnozei, teama că înlăturarea simptomului va produce o substituție de simptom sau un val de anxietate pe care pacientul nu o poate controla, este mult exagerată. Asemenea fenomene producîndu-se în cazuri rare. Dacă am merge mai departe cu această afirmație, nu ar mai trebui să prescriem aspirină pentru durerile de cap, fără o tomografie computerizată. Totuși, cu cît nevoia pacientului de a avea simptomul este mai mare, ca mecanism de apărare a eului, cu atît mai rezistent va fi acesta la psihoterapie și în acest caz se indică o abordare psihiatrică și hipnoanalitică mai profundă.

Cum se realizează eliminarea simptomelor prin metoda hipnozei?

Există mai multe tehnici dintre care amintim:

A) SUGESTIILE TERAPEUTICE.

După ce hipnoza a fost indusă și pacientul atinge cel puțin stadiul de transă ușoară se pot administra sugestii directe, vizînd dispariția simptomului. Aceste sugestii pot avea fie un caracter autoritar,

fie un caracter permisiv. Clinicienii sînt de părere că sugestiile permise sînt mai bine acceptate de majoritatea pacienților. Practica a demonstrat și necesitatea exprimării acestor sugestii în termeni pozitivi, evitîndu-se negațiile. Motivul pentru care astfel de sugestii sînt mai indicate constă în aceea că ele acționează la nivel subconștient, unde procesarea psihică se realizează prin imagini, metafore, analogii și nu prin operatori de negare.

Astfel, este mai indicat să spunem în loc de "nu mai ai nevoie de somnifere", "vei putea dormi foarte bine noaptea" sau în loc de "nu mai simți durere", "te simți din ce în ce mai bine".

De asemenea, este indicat ca sugestiile terapeutice să fie scurte, clar exprimate, să aibă un caracter repetativ și, în măsura posibilităților, să fie însoțite de imagini plastic-intuitive. Clinicienii au ajuns și la concluzia că nu este bine să se administreze sugestii în legătură cu prea multe probleme. Este de dorit ca în terapie să se lucreze asupra unei singure probleme (cel mult două), urmînd ca celelalte probleme ale pacientului să fie abordate gradat, după ce s-au rezolvat cele considerate prioritare.

Pentru a evidenția felul în care se acționează sugestiv asupra unui simptom, vom prezenta un model de utilizare a sugestiilor terapeutice în combaterea durerii.

Durerea este unul dintre simptomele cele mai răspîndite, ea fiind implicată aproape în orice sindrom, boală sau traumatism. Ea are formele de manifestare cele mai variate comparativ cu alte simptome. Cele mai dificile cazuri sînt cele privind simptomele migratorii (de tip cenestopat), unde nu

se evidențiază un corespondent anatomic specific pentru durere. Durerile de tip psihogen reprezintă un mod de a comunica, prin care subconștientul pacientului își exprimă nevoia de suport și ajutor psihic. În aceste cazuri este indicată hipnoanaliza pentru a scoate în evidență (la iveală) conflicte profunde ale pacientului.

Pentru durerile cu suport organic cunoscut, sugestiile terapeutice vizează:

- relaxarea musculară (cunoscut fiind faptul că încordarea accentuează durerea);
- pentru procesele inflamatorii se transmit sugestii care se referă la trăirea senzației de răcoare în țesutul afectat sau sugestii directe (zona respectivă se simte tot mai bine);
- mesaje sugestive pentru reducerea suferinței secundare produse de accident sau boală, care împiedică desfășurarea activității normale (de pildă, o fractură la un picior împiedică pe pacient să se deplaseze și să-și rezolve problemele);
- mesaje pentru reducerea iritabilității, depresiei și anxietății legate de durerea suferită.

Deși pentru pacient este importantă înlăturarea durerii, nu trebuie să neglijăm importanța funcției de comunicare a durerii care acționează ca semnal de alarmă pentru organism.

Pentru a se evita pericolul ca în absența durerii procesele patologice să progreseze necontrolat, se poate sugera pacientului aflat în hipnoză, un mesaj de tipul: "vei simți durerea doar atunci cînd e important pentru tine să o simți, pentru că ea trebuie să îți comunice ceva".

Se poate sugera pacientului să reducă durerea doar pînă la un anumit prag de semnalizare, fără să

o înlăture complet.

Hipnotizatorul trebuie să țin ă seama și de faptul că unii pacienți se așteaptă să aibă dureri pentru că așa le-a spus medicul, în timp ce alții se pot teme în mod inconștient că dacă nu au dureri nu vor fi crezuți de ceilalți că sînt bolnavi.

Controlul durerii începe prin sugestii de relaxare musculară. Cînd se dau sugestii de înlăturare a durerii este de dorit ca terapeutul să ofere pacientului și o motivație logică pentru dispariția durerii ca în exemplul:

"De cele mai multe ori durerea este produsă și agravată de supraîncordare. Deci, cu cît te relaxezi mai mult, cu atît devii mai destins, mai puțin tensionat și cu atît te simți mai bine. Cu cît devine mai profundă, cu atît durerea devine mai suportabilă, descrește tot mai mult. Te simți tot mai relaxat din ce în ce mai relaxat. Cu cît te simți mai profund relaxat, cu atît durerea scade, scade tot mai mult, pînă cînd dispare complet".

Dintre tehnicile de înlăturare pe cale sugestivă a durerii menționăm (Hunter, 1987):

B) TEHNICA DISOCIERII.

Se referă la sugerarea separării persoanei de durerea sa. Indivizii sever accidentați realizează acest lucru în mod spontan. Acest fenomen se observă frecvent la camerele de gardă ale spitalelor de urgență cînd mulți pacienți accidentați afirmă că nu au simțit durerea și că mai curînd ei s-au privit din afară, ca și cum ceea ce li se întîmpla s-a întîmplat altei persoane.

În cadrul tehnicii disocierii se pot administra sugestii de tipul:

"Acum dă-mi brațul să ți-l pun în ghips, iar tu, în timpul ăsta imaginează-ți că faci altceva".

Subiecților li se poate sugera deasemenea, că părăsesc corpul pe care îl lasă să lucreze automat, ca în timpul nașterii, de pildă.

C) TEHNICA SUBSTITUȚIEI.

Se sugerează pacientului o altă senzație în zona afectată, senzație care se substituie celei dureroase: amorțeală, răceală, căldură; se dau astfel de sugestii:

"Degetul tău se răcește, se răcește tot mai mult, atît de mult încît nu-l mai simți".

O variantă în cadrul tehnicii menționate poate fi mutarea durerii dintr-o zonă în alta a corpului (de pildă, se sugerează mutarea durerii de la cap la călcîi).

În unele cazuri este utilă și tehnica amînării durerii; sportivii traumatizați o realizează adesea în mod spontan, ei continuînd să joace fără să simtă durerea, pe care o vor resimți după încheierea meciului.

D) TEHNICA MODIFICĂRII IMAGINII DURERII.

Pacientul este întîi interogat cum își reprezintă durerea proprie, cerîndu-i-se s-o descrie ("e ca un bolovan care mă apasă pe piept" sau "e ca un fier înroșit").

Odată identificată imaginea durerii, terapeutul administrează sugestii prin care senzația neplăcută este înlocuită cu una agreabilă. De pildă Ewen (cf. Hunter, 1987) sugera pacienților săi cu arsuri, că trupul lor este rece și se simte bine. Pacienților

care susțin că durerea s-a intensificat după aplicarea hipnozei este bine să li se spună: "E perfect! Înseamnă că începi să influențezi durerea dacă ai făcut-o să sporească; hai să vedem acum dacă n-o putem face să scadă!".

În ceea ce privește durerea cronică, aceasta face parte din viața cotidiană a pacientului. Durerea cronică presupune anxietate, anticiparea durerii cît și amintiri psihotraumatizante legate de aceasta. Sugestiile terapeutice trebuie să aibă în vedere toate aceste aspecte. O atenție deosebită trebuie acordată acelor cazuri în care durerea cronică aduce un beneficiu secundar pacientului (de pildă, în familia unui artritic totul se învîrtește în jurul infirmității pacientului; dacă acesta s-ar simți mai bine, rolul său în constelația familială s-ar modifica și din acest motiv, pentru pacient, menținerea stării prezente reprezintă o manevră de tip inconștient).

Înlăturarea simptomului va fi mult mai eficientă dacă se dau subiectului înainte de sugestiile directe, sugestii cu caracter mai general, de întărire a eului de reducere a anxietății și de creștere a încrederii în sine (Hartland, 1965).

Autorul citat subliniază faptul că reacțiile psihologice la boală se împart în două categorii:

- reacții propriu-zise la starea de boală - anxietate, depresie, teamă, agitație, tensiune, supraîncordare;
- reacții care reprezintă consecința unor tulburări ale personalității: lipsa de încredere în forțele proprii, dependență, dezadaptare etc.

Eficiența terapiei crește foarte mult dacă se combină sugestiile generale de întărire a eului cu sugestiile terapeutice propriu-zise, care au ca obiectiv

înlăturarea simptomului. Hartland este de părere că în construirea sugestiilor de întărire a eului trebuie să se pună un accent deosebit pe ritm, repetiție, pauze și pe accentuarea unor elemente specifice. Deși specialiștii afirmă că profunzimea nu contează, se poate totuși afirma că cu cît transa e mai adîncă, cu atît tratamentul este mai rapid și mai eficient.

Prezentăm mai jos un model de saugestii de întărire a eului (după Hartland, 1965):

Odată ce pacientul a intrat în transă hipnotică, i se administrează următoarele sugestii:

"Ești atît de destins, de relaxat, de profund relaxat, încît psihicul tău devine tot mai receptiv la ceea ce îți spun. Tot ceea ce îți spun va intra adînc în inconștientul tău, se va întipări acolo și va lăsa o urmă adîncă, pe care nimeni nu o va putea șterge. Ceea ce se va întipări în subconștientul tău va exercita o mare influență asupra ta, asupra modului în care te simți, gîndești, acționezi. Ideile pe care ți le sugerez și care se vor întipări în subconștientul tău, vor acționa asupra gîndurilor, sentimentelor și modului tău de a acționa și atunci cînd nu te afli în prezența mea, cînd ești la serviciu, acasă sau în altă parte. Aceste gînduri vor acționa asupra ta tot atît de puternic ca atunci cînd ești la mine în cabinet.

Ești profund relaxat și tot ceea ce îți spun ți se va întîmpla și aceasta este spre binele tău, spre întărirea și vindecarea ta. Tot ceea ce îți voi spune ți se va întîmpla și vei continua să gîndești, să simți și să acționezi așa cum îți voi spune eu. Aceste gînduri vor acționa cu putere asupra ta atît aici, cît și în altă parte. În timpul acestei relaxări te vei simți tot mai puternic, tot mai eficient, cu tot mai multă încredere în forțele proprii. Te vei simți

mai vioi, tot mai alert, mai energic, tot mai eficient. Vei fi tot mai puțin obosit, tot mai puțin descurajat, tot mai puțin depresiv. Zi după zi vei deveni tot mai interesat de ceea ce se înîmplă în jur, astfel încît mintea ta va fi distrasă de la propria persoană, de la propriile probleme și necazuri. Te vei gîndi tot mai puțin la tine însuți, la dificultățile tale, vei fi tot mai puțin preocupat de propria persoană, de propriile trăiri. Zi de zi, nervii tăi vor deveni tot mai tari, mintea va deveni tot mai limpede, tot mai clară, vei fi tot mai adunat, mai liniștit, tot mai calm. Vei deveni tot mai puțin îngrijorat, tot mai puțin agitat, tot mai puțin anxios, tot mai puțin deprimant. Vei fi capabil să gîndești tot mai clar, să te concentrezi tot mai bine. Îți vei concentra tot mai mult atenția asupra a ceea ce faci. În consecință, memoria ta se va îmbunătăți, vei deveni capabil să vezi lucrurile din perspectiva lor reală, fără a amplifica în mod subiectiv dificultățile, fără a le permite să ia proporții. Zi de zi, devii tot mai calm, tot mai relaxat, te enervezi tot mai puțin. Devii și rămîi tot mai relaxat, cu tot mai multă încredere în forțele proprii, în posibilitățile tale de a face față la ceea ce ai de făcut. Vei avea tot mai multă încredere în tine, vei acționa fără anxietate, fără încordare, fără teama de a greși. Zi după zi te vei simți tot mai independent, mai stăpîn pe tine, vei fi capabil să stai pe propriile tale picioare, vei putea face cu bine față oricărei dificultăți. Zi după zi te vei simți tot mai bine, tot mai încrezător în tine, în posibilitățile tale, vei avea un sentiment de siguranță și bunăstare personală. Cu fiecatre ședință de hipnoză aceste gînduri vor pune stăpînire pe tine, vor acționa asupra ta. Cu fiecare ședință de hipnoză

te vei simți tot mai fericit, tot mai încrezător, mai mulțumit, mai optimist. Vei fi tot mai capabil să te bazezi doar pe tine însuți, să-ți susții părerile și judecățile, să stai pe propriile tale picioare. Vei simți tot mai puțin nevoia să te bazezi pe alți oameni, să depinzi de altcineva... ".

După administrarea acestor sugestii de întărire a eului este indicată administrarea sugestiilor specifice, orientate spre înlăturarea simptomului.

E) TEHNICA IMAGINAȚIEI DIRIJATE ÎN STARE DE HIPNOZĂ

Există mia multe variante ale acestei tehnici, pe care majoritatea clinicienilor o consideră ca o tehnică de desensibilizare. În lucrarea prezentă vom descrie această tehnică după Hall (1982) și Hunter (1987).

Aflat în stare de transă hipnotică subiectul este instruit să repete mental o anumită situație, de regulă anxiogenă, imaginîndu-și că îi va face față cu bine, fiind și controlat.

Această tehnică s-a dovedit utilă în tratamentul fobiilor, a anxietății, a tracului competițional și chiar în susținerea psihoterapeutică a unor pacienți suferind de afecțiuni psihosomatice.

De pildă, în cazul claustrofobiei (teamă de spații închise) se poate sugera subiectului aflat în hipnoză că intră într-o încăpere largă și se așează chiar lîngă ușă, rămînînd în încăpere doar cîteva minute. Treptat crește durata și se micșorează dimensiunile spațiului unde imaginează subiectul că stă.

Hunter (1987) relatează cazul unei paciente care face reacția depresivă după o endocardită. Deși medicii au asigurat-o că mușchiul cardiac este pe deplin refăcut, pacienta nu mai poate lucra, are insom-

nii, dureri de piept, și începe să consume alcool în exces. În hipnoză se relevă faptul că pacientei i-a intrat în cap ideea că o parte a ei a fost distrusă în timpul bolii și că fără aceasta, corpul ei nu mai poate funcționa corespunzător. Autoarea a utilizat în cazul acestei paciente tehnica imaginației dirijate, descriindu-i-se acesteia, cu ajutorul unor imagini, procesul de vindecare și cicatrizare a țesutului cardiac. I se sugerează că cicatricile devin "punți" vii între țesuturile normale și că ele nu conțin celule moarte.

Prin metoda imaginației dirijate se pot programa diverse sisteme ale organismului să lucreze în favoarea pacientului. Aceeași autoare instruiește o pacientă care suferea de o hipotiroidie severă să-și imagineze că acționează psihic asupra neurotransmițătorilor care transmit informații glandei pituitare (epifiza), care la rîndul ei va trimite hormoni care vor stimula celelalte glande endocrine. Se poate comanda și direct glandei tiroide să producă o cantitate sporită de hormoni sau se poate sugera tuturor organelor și țesuturilor influențate de glanda tiroidă să reacționeze pozitiv, chiar atunci cînd primesc o cantitate mai mică de hormoni tiroidieni.

Pentru a influența favorabil hipertensiunea arterială subiectul aflat în hipnoză își imaginează că influențează forța cu care inima pompează sîngele și indirect presiunea cu care aceasta intră în artere. Tot în cazurile de hipertensiune se poate sugera că arterele devin mai elastice cînd sîngele intră în ele (se vizualizează imaginea pereților arteriali care devin tot mai flexibili, tot mai elastici și vor putea să se acomodeze forței cu care sîngele le străbate).

Unei paciente cu trac la examen i se poate sugera că se află în ziua examenului, că intră în sală și se așează în bancă fiind calmă, relaxată, stăpînă pe situație. În continuare i se cere să-și imagineze că în momentul în care primește subiectele, este cuprinsă de un fel de inspirație care o ajută să-și amintească precis cele învățate (Holdevici, 1986).

Deși hipnoterapia poate rezolva multe probleme psihice somatice și psihosomatice, ea se lovește de o serie de dificultăți. Acestea țin de numărul insuficient de hipnoterapeuți, cît și de gradul diferit de sugestibilitate al subiecților.

În același timp, persoanele care vin la cabinetele de psihoterapie solicitînd hipnoza se pot împărți în mai multe categorii:

- persoane disperate, cu afecțiuni severe, care caută prin hipnoză o salvare pentru problemele lor și care, pînă la aceasta au încercat, fără succes, multe alte tehnici chimioterapeutice și psihoterapeutice;
- persoane care se tratează cu medicamente și care ar dori să scape de dependența lor față de acestea;
- persoane care doresc realmente să scape de simptomul lor și să-și îmbunătățească stilul de viață.

Este lesne de ghicit că printre pacienții din ultima categorie se vor număra cele mai multe persoane care pot beneficia de pe urma hipnoterapiei.

În ceea ce privește situația persoanelor din primul grup, este mai dificil ca ele să poată fi ajutate, deoarece hipnoza este o tehnică psihoterapeutică și nu una de magie. Blum (1963) a lucrat cu trei subiecți: unul cu scor scăzut, altul cu scor mediu și altul cu scor ridicat la scala de hipnotizabilitate

Standford (forma A). După 12 ore de antrenament (au fost supuși unor inducții hipnotice repetate), subiecții cu scoruri scăzut și mediu au reușit să obțină scoruri înalte la forma B (echivalent) a scalei de hipnotizabilitate Standford.

Concluzia care se degajă ar putea fi aceea că deși hipnotizabilitatea este o particularitate care diferențiază oamenii între ei, totuși măsura în care un subiect intră sau nu în hipnoză nu depinde numai de susceptibilitatea acestuia, ci și de unele variabile situaționale cum ar fi: atitudinea și motivația subiectului în raport cu hipnoza, tipul de relație care se stabilește între hipnotizator și subiect, gradul de pregătire și competență al terapeutului, procedeul de inducție utilizat etc.

Cum trebuie să fie un bun subiect pentru hipnoză?

Unii autori susțin ipoteza că susceptibilitatea hypnotică este o capacitate proprie ființei umane, pe care o avem toți la vîrstele timpurii și pe care o pierdem ca rezultat al educației, care, mai ales în occident, pune un accent exagerat pe raționalitate, în dauna afectelor de intuiție.

Multe cercetări experimentale au ajuns la concluzia că hipnotizabilitatea descrește cu vîrsta. Astfel, Liebeault (cf. Beaunis, 1887) găsește copiii mai susceptibili la hipnoză decît adulții. Stukat (1958) găsește și el o scădere a sugestibilității de la 8 la 14 ani.

London (1965) a demonstrat experimentul că maximum de sugestibilitate hipnotică se înregistrează între 9 și 14 ani, iar Barber și Calvartey (1963), între 9 și 10 ani.

Datele experimentale pledează deci în favoarea

ideii că susceptibilitatea hipnotică este mai ridicată la copii comparativ cu adulții, majoritatea autorilor fiind de părere că la adulți această capacitate a regresat sub influența mediului.

Multă vreme s-a considerat că hipnotizabilitatea este caracteristică unor ființe mai labile, cu o voință mai slabă, insistîndu-se pe ideea că femeile ar fi mai hipnotizabile decît bărbații. Datele experimentale vin însă să infirme această opinie. Astfel, studiile lui Weitzenhoffer (1958), cît și cele ale lui Haigard, Weitzenhoffer și Gough (1958) au demonstrat că nu există diferențe semnificative în ceea ce privește susceptibilitatea hipnotică între femei și bărbați.

De asemenea, studiile au arătat că debilii mintali sînt foarte puțin receptivi la hipnoză și aceasta deoarece capacitățile lor de înțelegere verbală sînt mai reduse cît și datorită dificultăților de fixare a atenției pe care le au acești subiecți.

Datele experimentale au evidențiat faptul că există o corelație pozitivă slabă între sugestibilitate, inclusiv cea de tip hipnotic și inteligență, ceea ce pledează în favoarea ideii că subiecții mai inteligenți pot să reacționeze mai bine la sugestii. (Aveling și Hargreaves; Hull și Lije; Curtis, cf. Weitzenhoffer, 1963).

A fost infirmată și opinia care a circulat la sfîrșitul secolului trecut, conform căreia numai istericii sînt hipnotizabili. Dimpotrivă s-a considerat că istericii sînt mai puțin hipnotizabili decît alte categorii de nevrotici. În ceea ce privește diferența de hipnotizabilitate între subiecți normali și cei nevrotici, rezultatele sînt contradictorii. Unii autori au găsit la normali o susceptibilitate hypnotică mai ri-

dicată decît la nevrotici (Gill și brenman, 19959) (Hilgard, 1971), în timp ce alți autori (Eysenk și Furneaux, 1945) nu au găsit nici un fel de diferențe în ceea ce privește sugestibilitatea între subiecți normali și nevrotici.

Hilgard, Lauer și Melei (1965) au corelat rezultatele la Inventarul de Personalitate Minessotta (M.M.P.I.) cu o scală de susceptibilitate hipnotică, ei ajungînd la concluzia generală că cu cît subiecții sînt mai normali, cu atît ei sînt mai hipnotizabili.

Oricum, trebuie corectată ideea publicului larg conform căreia susceptibilitatea la hipnoză ar fi un semn de slăbiciune a personalității sau instabilitate psihică.

Studiile care s-au referit la problema corelației dintre hipnotizabilitate și diferite trăsături ale personalității au dat la rîndul lor rezultate contradictorii. S-a putut totuși stabili că persoana hipnotizată are experiențe subiective bogate, în care este profund implicată, este o căutătoare de experiențe psihologice noi, are o atitudine favorabilă față de hypnoză, este interesată de viața interioară și nu este un activist competitiv, își acceptă impulsurile interioare și nu se teme să suspende pentru un timp testarea realității (Hilgard, 1968)

S-a demonstrat că persoanele hipnotizatbile au interese marcate pentru lectură (ei se cufundă adînc în citirea romanelor), artă dramatică (printre hipnotizabili se numără mulți actori și spectatori de grad mare de implicare în situație, persoane care în copilărie au avut tovarăși de joacă imaginari), estetică (hipnotizabilii sînt iubitori de frumos, muzică, natură), religie (subiecții hipnotizabili trăiesc plenar sentimente religioase și sînt capabili de implicare și

devoțiune față de divinitate), cît și interese pentru aventură (hipnotizabilii au capacitatea de a tolera pericolul sau dezaprobarea, de a explora noul și manifestă curiozitate pentru experiențe umane de orice fel).

În urma investigării unui grup de subiecți hipnotizabili, cititori pasionați (Hilgard, 1968), a rezultat că ei se caracterizează prin:

- nivel înalt de fantezie; toleranță, acceptare și atracție pentru lumea fantastică a cărților;
- trăire afectivă intensă a evenimentelor citite și identificare afectivă cu personajele din cărți;
- capacitate de a trăi în prezent;
- trezirea imediată a interesului și atenției;
- experiențe de limitare a timpului (chiar cititul este o experiență limitată în timp, care începe, o dată cu începerea cărții și se sfîrșește o dată cu terminarea ei);
- receptivitate activă (participă, își "pune mintea la contribuție").

În urma unui studiu realizat pe un grup de subiecți hipnotizabili, la care predominau tendințele spre aventură (fizică și mentală, a rezultat că ei prezintă următoarele trăsături (Hilgard, 1968):

- trăiesc cu plăcere senzația de mișcare sau pe cea de evaziune psihică;
- au tendința de a fugi de realitate, complăcîndu-se într-o lume imaginară;
- au tendința de a efectua călătorii fizice sau imaginare;
- se implică activ în diverse situații;
- sînt curioși și înclinați sapre căutarea noului;
- trăiesc cu plăcere sentimente de omniprezență și libertate personală.

Din analiza acestor studii rezultă că foarte importantă pentru fenomenul hipnotic este tendința de implicare a subiectului, de participare afectivă la evenimente și situații.

Deci, contrar opiniei comune, conform căreia subiecții hipnotizabili ar fi mai puțin inteligenți și cu o voință mai slabă, cercetările au demonstrat că voluntarii pentru hipnoză se caracterizează prin inteligență mai ridicată, anxietate mai redusă, dominantă mai mare și mai puține prejudecăți.

X. CUNOAȘTEREA ABISURILOR FIINȚEI NOASTRE.

În multe afecțiuni nevrotice sau psihosomatice simptomul se manifestă ca o reacție de apărare a eului pacientului împotriva unor conflicte mai profunde sau mai superficiale. Diversele simptome (reacții de vomă, alergiile, atacurile de astm etc.) sînt mesaje ale organismului prin care acesta comunică faptul că ceva nu este în regulă cu el, cerînd în mod inconștient ajutor.

Anumite expresii utilizate de pacienți sînt de fapt indicatori-simboluri ai conflictelor psihologice care stau la baza îmbolnăvirilor.

De pildă, expresia "mi se face silă de pisălogeala ta" se poate traduce în plan somatic printr-o reacție de vomă.

Fiecare limbă are setul său de simboluri prin intermediul cărora individul transmite mesaje de la corpul său. Astfel, anumite conflicte care își găsesc calea de exprimare în sistemul gastro-intestinal produc simboluri de tipul:

"mi se pune un nod în gît"
"acesta îmi face rău"
"m-am săturat pînă în gît de tine"
"nu mai pot să mai înghit situația asta"

Din experiența terapeutică rezultă că pacienții care folosesc expresii de tipul celor de mai sus prezintă simptome digestive: dureri abdominale, greață,

vomă, diaree etc. Atunci cînd medicii nu reușesc să pună în evidență o cauză organică pentru tulburările menționate mai sus, se poate trage concluzia că pacienții exprimă tendința inconștientă de a scăpa de ceva.

O mare cantitate de agresivitate sau frustrare care nu e exprimată verbal, poate să se manifeste sub forma unor simptome. Medicii au constatat că persoanele care nu se ceartă niciodată își exprimă frecvent nemulțumirea prin simptome corporale. Astfel, de pildă, artritele reumatoide apar la persoane care au cantitate mare de nemulțumire refulată, în timp ce insomnia poate ascunde o teamă inconștientă de moarte, iar în cazul colitelor ulceroase psiho-somaticienii spun că pacientul "se roade pe dinăuntru" din cauza eforturilor pe care le face de a scăpa de problema sa. Și afecțiunile dermatologice sînt adesea expresia unor conflicte inconștiente. Astfel, Hunter (1987) citează cazul unei paciente cu prurit generalizat, care avea chiar răni pe corp din cauza scărpinatului. La sondajul care se adresează zonelor inconștiente rezultă că factorul care o irita atît de mult pe pacientă era prezența soacrei sale.

Dacă psihotraumele și conflictele mai recente și mai superficiale pot fi abordate prin simplă hipnoterapie centrată pe simptom, în cazul conflictelor mai severe este absolut necesară terapia de profunzime care se referă la descoperirea acestor conflicte, a reacțiilor emoționale asociate, ea încheindu-se cu ajutarea pacientului să le recunoască și să le facă față. O astfel de abordare se realizează prin intermediul hipnoanalizei, care combină tehnicile de hipnoză cu unele metode specifice psihanalizei.

Spre deosebire de psihanaliză, hipnoanaliza are

psihanalizei.

Spre deosebire de psihanaliză, hipnoanaliza are avantajul că se înscrie printre terapiile de scurtă durată. Ea caută să elibereze pe pacient atît de simptomele de care acesta dorește să scape, contribuind în același timp și la o restructurare mai profundă în sfera personalității acestuia, prin accesul la anumite zone ale inconștientului, unde s-au structurat conflictele generatoare de simptom.

Hipnoza, prin relaxarea rezistențelor pacientului la terapie, scurtează durata tratamentului, comparativ cu psihanaliza, cura hipnoanalitică durînd în medie 20 de ședințe, ceea ce înseamnă puțin comparativ cu o cură psihanalitică de 2-3 ani.

Diferența esențială față de psihanaliză constă în aceea că terapeutul hipnoanalist nu rămîne pasiv pînă cînd rezistențele pacientului se dau cumva la o parte, ci el le atacă frontal, înainte ca acesta să oprească progresul psihoterapiei. Singurul criteriu de selecție a pacienților pentru hipnoanaliză este gradul de hipnotizabilitate al acestora. Cu cît se poate obține o transă mai profundă, cu atît hipnoanaliza are șanse mai mari, pacientul avînd mai ușor acces la amintirile uitate din trecutul său, care îi produc simptome nevrotice sau psihosomatice.

O transă mai profundă facilitează și producerea amneziei post-hipnotice care îl va proteja temporar pe pacient de amintiri prea penibile, care vor fi aduse în conștiință abia atunci cînd pacientul se va simți suficient de puternic să le facă față. În cursul hipnoanalizei i se sugerează pacientului, aflat în transă, că își va putea aminti exact atît cît dorește să-și amintească, și va fi capabil să uite ceea ce dorește să uite.

ciației libere, inducția visului și scrisul automat), în timp ce altele implică o transă mai profundă: tehnica desenului, terapia prin joc, reamintirile dramatice, privirea în bila de cristal, regresia de vîrstă și tehnica producerii conflictelor experimentale.

Pentru utilizarea cu succes a hipnoanalizei este obligatoriu ca pacientul, aflat în stare de hipnoză, să fie capabil să răspundă la întrebări, fără a ieși din transă.

Wolberg consideră că scopurile rezonabile ale unei psihoterapii scurte de tip hipnoanalitic ar fi:

- reducerea simptomelor;
- revenirea la nivelul de funcționare psihică dinainte de îmbolnăvire;
- înțelegerea de către pacient a unor factori care au favorizat îmbolnăvirea;
- recunoașterea unor perturbări ale personalității care împiedică pe pacient să se adapteze în mod eficient la mediu;
- conștientizarea modului în care apar simptomele (psihice și somatice), structurate pe baza experiențelor psihotraumatizante trecute și a condiționărilor din copilărie);
- recunoașterea de către pacient a legăturii dintre conflictele trecute și boala prezentă.

Hratland (1975) consideră că hipnoanaliza are două etape principale:

1. *Analitică*: se referă la descoperirea de către pacient a conflictelor inconștiente care sînt generatoare de boală;
2. *Sintetică*: prin intermediul "insightului" (un fel de intuiție bruscă referitoare la natura propriilor probleme) și reeducării, pacientul este ajutat să-și elaboreze noi deprinderi de gîndire și noi modele de

comportament și în consecință să-și reconstruiască încrederea în sine, în capacitatea sa de autocontrol și de a face față existenței așa cum este ea.

Prezentăm în cele ce urmează principalele tehnici ale hipnoanalizei după Hartland (1975):

A) TEHNICA ASOCIAȚIEI LIBERE.

Însăși inducția hipnotică va înlătura unele rezistențe la asociația liberă. Acestea curg mai ușor și adesea o singură ședință va da mai multe informații decît cîteva ședințe în stare de veghe (transa medie, de regulă, ajunge).

Hipnoanalistul (ca și psihanalistul) trebuie să asculte în mod pasiv și să evite să întrerupă fluxul normal al asocițiilor pacientului (care vorbește liber) notînd *ce* și *cum* spune acesta, (ton, expresie emoțională). Dacă remarcă ceva deosebit, el trebuie să-l întrebe pe pacient, în legătură cu problema neclară, direcționînd fluxul asociațiilor acestuia pe canalul dorit. dacă pacientul se blochează, terapeutul trebuie să pună mîna pe frun tea sa și să îi comande:

"voi număra pînă la 5 și cînd voi ajunge cu numărătoarea pînă la 5, îți va veni în minte cuvîntul sau imaginea care are legătură cu ceea ce ai spus înainte".

B) INDUCEREA VISULUI

Pacientul este instruit să viseze la comandă în timpul ședinței hipnotice sau i se poate sugera posthipnotic că va visa, în timpul somnului normal. I se poate sugera chiar și natura visului.

Visul hipnotic are toate caracteristicile visului spontan și este tot atît de semnificativ din punct de

vedere dinamic. Specialiștii sînt de părere că abilitatea de a visa în stare de hipnoză este antrenabilă, ea crescînd de la o ședință la alta. Pacientul este instruit să viseze în timpul transei și apoi să-și analizeze visul fără să se trezească.

Visele din timpul hipnozei nu trebuie analizate în stare de veghe, pentru a nu traumatiza pacientul care nu este încă pregătit de a face față unor conflicte subconștiente ascunse.

C) TEHNICA SCRISULUI AUTOMAT.

Se plasează un creion în mîna pacientului aflat în transă și i se sugerează că mîna și brațul său sînt complet detașate de corp și nu-i mai aparțin. I se sugerează apoi că scrie fără să-și dea seama de ceea ce scrie.

Produsul este adesea indescifrabil (fraze incomplete, litere fragmentate etc.).

Dacă pacientul poate deschide ochii fără să-și întrerupă transa, el poate fi solicitat să scrie corect, utilizînd tehnica scrisului automat. Dacă acesta nu poate deschide ochii fără să se trezească, i se poate sugera, post-hipnotic, că sensul a ceea ce a scris îi va fi clar după ce se va trezi.

Deși primele încercări pot eșua, odată ce subiectul se antrenează, tehnica poate fi încununată de succes. Mulți pacienți pot utiliza tehnica în transă ușoară (dezavantajul la aceștia constă în aceea că ei nu pot surprinde semnificația ascunsă a ceea ce au avut să comunice, așa cum se întîmplă cu cei aflați în transă profundă).

D) DESENUL HIPNOTIC.

Rezultatele pozitive se obțin numai cînd pacientul atinge o stare de transă profundă, de tip somnambulic, cînd el poate deschide ochii fără să se trezească.

El poate fi instruit să deseneze ce dorește sau i se poate sugera ce să deseneze.

În desen pacientul poate reflecta atitudinea lui inconștientă față de membrii familiei și chiar față de terapeut.

Uneori el poate fi solicitat să-și ilustreze visele sau trăirile care îl domină.

Tehnica dă rezultate dacă e combinată cu tehnica regresiei de vîrstă, cînd pacientul regresat își exprimă mai ușor atitudinile și sentimentele prin desen, decît la vîrstă adultă.

E) TERAPIA PRIN JOC.

Și în acest caz pacientul trebuie să fie capabil să deschidă ochii fără a întrerupe transa. Multe din rezistențele pe care le au adulții față de terapia prin joc sînt înlăturate în stare de hipnoză.

Îndată ce pacientul aflat în hipnoză realizează că nu trebuie să aștepte în mod pasiv indicațiile terapeutului, el se joacă cu multă plăcere cu materialele puse la dispoziție de acesta.

Terapia prin joc este, de regulă, utilă pentru a exprima agresivitatea și gelozia inconștiente față de părinți, frați sau alte persoane. Materialul constă în păpuși ce reprezintă un bărbat și o femeie, un bătrîn și o bătrînă, un băiat și o fetiță de circa 10 ani, un băiat și o fetiță de 4 ani și un bebeluș. Sînt prezente, de asemenea, animale, mobilier, un pat mare, tren, mașini, arme, soldați, cît și hîrtie,

creioane și plastelină (pentru a evidenția eventualele tendințe agresive). Pacinetului i se spune să construiască și să se joace cum îi place, dar să povestească ceea ce face.

Uneori, terapeutul alege ceea ce trebuie făcut, pe baza materialului obținut în urma asociațiilor libere.

Dacă terapeutul a sesizat conflictele esențiale din viața pacientului, apoi el îl va regresa exact la vîrsta respectivă.

F) TEHNICA DRAMATICĂ

În hipnoză profundă, rezistențele din starea de veghe la dramatizare sînt înlăturate. Pacientul e instruit să reproducă în stare de hipnoză incidentele dramatice din cursul existenței sale și să retrăiesc pe plan emoțional situațiile și experiențele ca și cum le-ar trăi din nou.

În transă profundă el face acest lucru cu atîta forță de reprezentare ca și cum ar trăi cu adevărat la experiența respectivă. Adesea experiența e atît de puternică și intensă, încît se produce o adevărată abreacție (catharsis).

Cel mai dramatic exemplu de abreacție apare în tratamentul nevrozelor de război (pacientul trăiește patetic situația el mimînd chiar mitralierea inamicilor).

Dacă tehnica e combinată cu regresia de vîrstă, ea devine și mai eficientă.

Terapeutul poate asista pasiv la scenă, dar uneori este necesar ca el să intervină accentuînd una sau alta din caracteristicile situației respective.

Tehnica este deosebit de utilă mai ales pentru exprimarea deschisă a agresivității și ostilității.

G) REGRESIA DE VÎRSTĂ

Constă în sugerarea pacientului că are o altă vîrstă decît cea reală, de regulă mai mică.

În timpul hipnozei pot fi induse două tipuri de regresie:

- În cadrul primului tip, pacientul acționează conform concepției sale despre modul cum era el la o vîrstă mai mică. El se comportă așa cum crede că ar fi făcut-o în calitate de copil la vîrsta respectivă. Aceasta este un fel de simulare a unei perioade trecute;

- În al doilea tip de regresie se produce o reîntoarcere reală la o perioadă timpurie de vîrstă, cu o reactivare a acelor modele de comportament existgente la timpul respectiv. (Inclusiv hipnotizatorul primește rolul unei persoane din perioada respectivă de viață a pacientului: învățător, părinte, rudă).

Aceasta este regresia de vîrstă în adevăratul sens al cuvîntului, în care pacientul este capabil să aibă acces la amintiri și să trăiască evenimente și stări care au fost de mult uitate (reprimate).

Regresia de vîrstă se combină, de regulă, cu celelalte tehnici de hipnoanaliză.

Pentru regresia adevărată este necesară o transă de tip somnambulic.

Există două metode pentru a obține rergresia de vîrstă.

Pacientul, aflat în stare de hypnoză, este tratat dezorientat cu privire la timpul și locul în care se află (ziua, săptămîna, luna și în cele din urmă anul). Cînd el se află deja într-o stare de confuzie este reorientat spre perioada de vîrstă dorită.

Atunci cînd este necesar să se investigheze un

anumit simptom, i se cere să și-l amintească și să retrăiască timpul cînd a apărut pentru prima dată simptomul respectiv.

Cu subiecții foarte buni se poate trece direct la sugerarea vîrstei dorite, fără dezorientarea prealabilă.

I se spune subiectului că el se va întoarce înapoi în trecut și se va simți ca și cum va trăi din nou perioada sugerată. Pe măsură ce se întoarce în timp, el va deveni tot mai mic, din ce în ce mai mic etc. Mîinile și picioarele vor deveni tot mai mici, tot mai mici și se va reîntoarce la perioada cînd avea zece ani, i se cere să ridice brațul (mîna) drept.

Înainte de a trezi pacientul, este mai indicat să i se spună că va uita tot ce s-a întîmplat. I se spune, de asemenea, că deîndată ce va fi suficient de puternic pentru a face față celor aflate, materialul îi va reveni treptat în memorie.

H) TEHNICA PRIVIRII ÎN BILA DE CRISTAL (sau în oglindă).

Și această tehnică se utilizează numai atunci cînd e suficient de profundă, încît pacientul să poată deschide ochii fără a ieși din transă.

Subiectul este instruit să privească cu ochii deschiși într-o bilă de cristal (sau într-o oglindă în care se reflectă tavanul alb) și să descrie exact ceea ce vede.

Adesea e util să se sugereze pacientului că el se imaginează pe sine privind într-o bilă de cristal.

Tehnica e utilă pentru a scoate la iveală o serie de amintiri uitate. Pacientul va halucina adesea scene din trecutul său, evocînd conflicte, situații psihotraumatizante.

Tehnica e mai eficientă atunci cînd pacientul se disociază de ceea ce vede privind imaginile ca avînd loc pe o scenă.

I) TEHNICA TENSIUNILOR EXPERIMENTALE.

Mulți pacienți și-au raționalizat atît de mult comportamentul încît sînt incapabili să admită că există forțe inconștiente care le influențează conduita. Aceasta înseamnă, de fapt, că sînt impulsuri de care se simt rușinați. Oricît de evidente ar fi conflictele lor, ei refuză să le admită.

În astfel de cazuri inducerea unui conflict experimental va demonstra pacientului influențele ce se exercită asupra inconștientului său, ajutîndu-l să ajungă la conștientizarea modului în care se produc simptomele.

Obiectivul tehnicii constă în a demonstra pacientului cum emoțiile și impulsurile inconștiente pot fi generatoare de simptome (ex: ostilitatea refulată poate genera simptome psihosomatice).

Tehnica este următoarea: în transă profundă se sugerează de exemplu un sentiment puternic de ostilitate pe care pacientul să nu o poată exprima (de pildă, i se spune că a fost nedreptățit). El va trebui să simtă emoția intens, fără însă a-i da curs, fiind nevoit s-o refuze. Apoi i se sugerează pacientului că atunci cînd se va trezi situația îi va reveni în minte. El nu va fi conștient despre ce este vorba exact, dar va avea ceva în minte, care îl va neliniști, îi va influența acțiunile și cuvintele. Cînd se va trezi, conflictul inconștient îi va provoca aceleași simptome ca atunci cînd el trăiește în mod spontan ostilitatea.

Mai tîrziu, într-o nouă ședință de hipnoză, i se

oferă pacientului explicația cu privire la conflictul sugerat și i se sugerează să-și amintească de cele petrecute și atunci cînd se află în stare de veghe.Aceasta îi facilitează" insightul" ("iluminarea") cu privire la propriile probleme.

PRINCIPII ȘI TEHNICI HIPNOANALITICE.

Hipnoza, prin ea însăși, produce la subiect o stare de disociere chiar la subiecții normali, ceea ce poate fi util pentru o tehnică cu caracter explorator cum este hipnoanaliza.

Erika fromm formulează principiile hipnoanalizei astfel:

1. Disocierea ego-ului observator de cel care trăiește experiența.
2. Dez-egotizarea unor părți ale corpului care au rolul de a exprima dorințe și tendințe inconștiente (ca în tehnica scrisului sau desenului automat).
3. Disocierea diferitelor stări ale ego-ului și ajutarea pacientului să le reintegreze într-un mod mai sănătos.

Prin mecanismul disocierii între ego-ul observator și cel care trăiește experiența se poate realiza anestezia din cadrul hipnozei. (Pentru anestezie se dau sugestii de tipul: "tu stai pe scaun și privește cum o altă persoană care seamănă cu tine este operată sau naște").

Și în hipnoanaliză apar în genere două tipuri principale de rezistențe:

- una datorată faptului că pacientul nu dorește să conștientizeze oimpulsurile, tendințele și amintirile traumatizanterefulate;
- a doua derivă din fenomenele de transfer (subiectul poate, de pildă, adopta o atitudine de neajutorare, solicitînd afecțiunea hipnoanalistului și refuzînd să lucreze asupra propriilor sale probleme. Dimpotrivă, sentimentele de ostilitate față de terapeut pot să se exprime în depresie și descurajare și în dorința de a încheia tratamentul).

Dacă pacientul își poate exprima deschis agresivitatea, el poate avea tendința de a fi prea critic la adresa terapeutului ridiculizînd acțiunile și interpretările acestuia.

Rezistențele pot fi reduse prin analizarea și interpretarea lor în fața pacientului.

Hipnoanalistul trebuie să aibă o pregătire psihiatrică suficiente pentru a interpreta simptomele și conflictele subiectului.

Cînd hipnoanaliza e utilizată în cazuri ușoare, doar pentru a aduce la suprafață niște amintiri uitate, această pregătire nu mai este atît de importantă.

Pentru a dezgropa aceste amintiri reprimate se pot utiliza mai multe metode:

- tehnica sugestiei directe: "cînd voi pune mîna pe fruntea ta, vei fi capabil să-ți amintești ce s-a întîmplat atunci cînd a apărut simptomul... ";
- tehnica indirectă (dacă pacientul nu reacționează la prima):

"Imediat voi începe să număr pînă la 5. Cînd voi ajunge cu numărătoarea pînă la 5, o cifră îți va apare în minte. Aceasta va fi numărul de litere al unui *cuvînt* important care este legat de tulburarea ta. Îți vei aminti apoi și acel cuvînt și cu ajutorul lui îți vei putea aminti multe alte lucruri pe care le-ai uitat complet.

1 - 2 - - - 5 !

La ce cifră te-ai gîndit?

Acum voi număra de mai multe ori pînă la 5 și de fiecare dată cînd voi număra pînă la 5 îți va veni o literă în minte. Fiecare literă va fi o literă aparținînd cuvîntului semnificativ. Literele vor fi la început amestecate și nu vei putea înțelege cuvîntul, dar acest lucru nu trebuie să te neliniștească.

Voi număra de cîteva ori pînă la 5, și acum literele îți vor veni în minte în ordinea lor corectă".

Odată obținut cuvîntul dorit, terapeutul trebuie să treacă la tehnica asociațiilor libere fără să-l scoată pe subiect din starea de transă.

"Concentrează-te asupra cuvîntului găsit și vei vedea cum multe gînduri îți vin în minte în legătură cu acesta".

Alte tehnici hipnoanalitice:

J) TEHNICA TEATRULUI (WOLBORG)

Pacientului, aflat în stare de hipnoză, i se sugerează că se află în sala unui teatru, așteptînd să se ridice cortina. Imediat ce el se vede pe sine astfel, el trebuie să ridice mîna dreaptă.

Apoi i se spune că vede un om (o femeie) care stă pe marginea scenei pîndind printr-un spațiu lăsat de cortina trasă. Acel om poate vedea ceea ce se întîmplă în spatele cortinei trase (ceea ce pacientul nu poate!) și ceea ce vede acel om îl face foarte nefericit și speriat. Pe măsură ce pacientul privește, cortina se ridică și acum el poate să-și dea seama ce l-a făcut pe acel om să se simtă atît de nefericit și speriat.

Cel mai frecvent, pacientul va descrie experiențe din copilăria sa sau experiențe legate de dificultățile de care nu e conștient.

Tehnica reușește pentru că subiectul se disociază

de respectivele experiențe trăindu-le ca și cum nu ar fi ale lui, ci ale altei persoane.

Apoi i se sugerează pacientului cum cortina cade la loc și că ceea ce vede omul de pe marginea scenei îl face foarte fericit, ca și cum i s-ar fi îndeplinit toate dorințele. Pacientul va dori să știe ce se întîmplă de îl face pe acel om atît de fericit. Cortina se va ridica din nou și el va putea vedea din nou acțiunea de pe scenă.

Imediat ce se întîmplă acest lucru el trebuie să ridice mîna și apoi să relateze ceea ce vede.

K) TEHNICA MOZAICULUI (ELISABETH REDLICH).

Este utilă pentru aflarea unor informații uitate de pacient. Se testează în prealabil capacitatea de reprezentare vizuală a subiectului, imediat ce acesta se află în transă: i se cere să-și imagineze în detaliu diverse obiecte, scene, situații.

Tehnica propriu-zisă se desfășoară în felul următor:

"Doresc să-ți imaginezi că stai pe un scaun și că în fața ta se află o masă. Pe masă se află mai multe cutii cu bucățele colorate de mozaic (roșu, verde, galben și albastru). Imediat ce te vezi în starea respectivă ridică mîna dreaptă.

Acum alege cutia cu culoarea pe care o preferi și scoate afară bucățelele de mozaic.

Vei observa că nu ai pe cutie nici un fel de model. Nu știu ce model va ieși... nici tu nu știi, dar va fi o scenă sau un incident legat de boala ta. Inconștientul tău te va ajuta să așezi piesele împreună pentru a obține un model cu sens. Acum începe să așezi piesele... O vei face mult mai repede decît în

stare de veghe. Spune-mi ce vezi în timp ce construiești... ?".

Clinicienii sînt de părere că și alegerea culorii de către pacient este semnificativă:

- dacă alege culoarea roșie se pot presupune amintiri inconștiente, fobii sau conflicte sexuale încărcate de agresivitate;
- dacă alege verde, putem presupune prezența unor sentimente de gelozie (mai ales gelozie între frați);
- galben - se presupune că reprezintă lașitate, sentimente de inadecvare, iar albastrul - conflicte legate de frigiditate și de lipsa de angajare afectivă.

Adesea pacientul produce o abreacție spontană la tabloul pe care l-a elaborat, el însuși eliberîndu-se de conflictele care îl apăsau.

L) TEHNICA SEMNALULUI IDEOMOTOR.

Milton Erickson este primul care a utilizat o mișcare pentru *da* sau *nu* pentru pacienții cărora le era greu să vorbească fiind în stare de transă.

Le Cron a utilizat pendului lui Chevreul în același scop și apoi a introdus ca semnal răspunsul da sau nu, sau nu vreau să răspund, sau o mișcare a degetului.

Tehnica a fost apoi mult utilizată de David Cheek.

Tehnica propriu-zisă este următoarea:

"Doresc să pui ambele palme pe coapse. Te voi învăța cum să răspunzi la întrebări folosindu-te de inconștientul tău.

Stînd de vorbă cu diferiți oameni ai observat că ei adesea dau din cap în semn de *da* sau *nu*, adesea chiar fără să-și dea seama de asta. Mișcarea

este inconștientă. Acum voi învăța inconștientul tău să ridice un deget cînd vrea să spună *da* și alt deget cînd vrea să spună nu.

Lasă palmele relaxate pe coapse.

Gîndește-te puternic la ideea de da; gîndește-te mereu, tot mereu și intens. Pe măsură ce te concentrezi, vei vedea cum se ridică (tresare) un deget. Pe măsură ce te gîndești la ideea de *da*, arătătorul mîinii începe să se ridice ușor. Apoi degetul tău revine la normal.

Acum gîndește-te intens la ideea de nu. Pe măsură ce te gîndești, unul din degete va tresări și va avea tendința de a se ridica ușor. Este degetul arătător al mîinii stîngi".

se poate sugera ca un al treilea deget să se ridice la răspunsul "prefer să nu răspund".

"Acum îți voi pune cîteva întrebări. Nici mintea ta conștientă, nici a mea nu cunosc adevărata cauză a bolii tale. În schimb, mintea ta inconștientă o știe și ne poate ajuta să dăm cu adevărat de rădăcinile răului.

Dorește mintea ta subconștientă să ne ajute?

- Degetul arătător drept se ridică ușor: DA.

Are ea ceva împotrivă să fie interogată în acest fel?

- Degetul stîng: NU.

De pildă, presupunînd că subiectul a suferit o traumă în copilărie, dar nu știm vîrsta precisă cînd s-a petrecut acel eveniment, putem proceda astfel, după inducerea hipnozei:

- Ți s-a întîmplat ceva neplăcut înainte de a avea vîrsta de 15 ani?

(Semnal: DA ideomotor)

- S-a întîmplat cînd aveai 5 ani?

(Semnal: NU)
- S-a întîmplat cînd aveai 9 ani?
(Semnal: NU)
- S-a întîmplat cînd aveai 7 ani?
(Semnal: DA!)

Dacă hipnoza ca terapie centrată exclusiv pe simptom poate fi utilizată cu succes de medicii de medicină generală sau de către psihologii clinicieni din clinicile de boli interne care au un curs de inițiere în hipnoză, în schimb cei care se decid să aplice tehnica hipnozei, trebuie, în mod obligatoriu, să cunoască elemente de psihanaliză și să dețină cunoștințe de psihiatrie.

XI. TULBURĂRILE ȘI ÎMBOLNĂVIRILE, CARE ASCULTĂ DE PUTEREA HIPNOZEI.

Nevrozele sînt considerate de către psihiatria clasică tulburări de origină exogenă, declanșate de acțiunea unor factori psihotraumatizanți din mediu, pe fondul unei fragilități structurale a personalității pacientului. Ele nu sînt considerate boli psihice grave deoarece nu afectează nucleul de bază al personalității pacientului. Tratatele moderne de psihiatrie nici nu mai mențin conceptul de nevroză, înlocuindu-l cu cel de tulburare de adaptare.

Nevroticii au frecvent tulburări cum ar fi anxietate, irascibilitate, astenie, dureri de cap, insomnii, labilitate afectivă, dispoziție depresivă și acuze somatoforme. Acestea din urmă sînt tulburări somatice (dureri, înțepături, arsuri, nod în gît, palpitații, senzații de saufocare etc.(fără un suport organic real. Deși pacientul se plînge permanent de tot felul de suferințe , medicii de medicină generală și investigațiile de laborator nu reușesc să identifice vreo boală organică, ei trimițînd pacientul la clinica de psihiatrie.

De regulă, acești pacienți enervează pe medici și pe cei din jurul lor, aceștia insistînd ca pacientul să-și impună voința să lupte cu boala, să se "ia în mînă" etc. Aceste sfaturi fac mai mult rău decît bine pacientului deoarece acesta, deși nu are o boală organică, suferă cu adevărat, indicațiile respective făcîndu-l să se simtă neînțeles, descurajat, neputincios în fața bolii. Un cunoscut medic spunea despre acești pacienți cu tulburări nevrotice

(cf.Hartland, 1975): "pacientul spune că nu poate, sora spune că nu vrea și adevărul este că el nu poate, sora spune că nu vrea și adevărul este că el nu poate să vrea". De fapt nu există dureri imaginare (Ross, cf. Hartland, 1975): individul ori suferă, ori minte. Cu toate acestea este posibil ca unele dureri fizice să fie produse de cauze psihologice, ele fiind resimțite cu aceeași tărie de către bolnav.

Unul din obiectivele principale ale psihoterapiei în cazul afecțiunilor nevrotice constă în a descoperi cauzele ascunse care stau în spatele simptomului.

În foarte multe cazuri, "insight" -ul (iluminarea, găsirea bruscă a cauzei căutate) duce la eliminarea simptomului, deoarece aceste simptome sînt rezultatul refulării unor situații psihotraumatizante pe care subiectul nu și le mai amintește. Cînd mecanismele refulării devin ineficiente, se produce instalarea simptomelor.

Acuzele somatoforme, la care ne-am referit mai sus, pot fi interpretate prin prisma unor concepte psihanalitice ca fiind o reacție de apărare a eului împotriva unei anxietăți atît de puternice, încît subiectul nu o poate suporta. În același timp, afecțiunea nevrotică poate fi considerată o modalitate inconștientă utilizată de subiect pentru a scăpa prin boală de dificultățile reale sau imaginare ale vieții.

Psihoterapeutul nu trebuie să critice și să blameze pacientul nevrotic pentru modul în care acesta își rezolvă problemele, deoarece nevroticul are și așa complexe de inferioritate și își atinge foarte ușor punctul limită.

Nevrozele sînt, de regulă, greu de vindecat deoarece aproape totdeauna pacientul obține de pe urma

lor un beneficiu secundar (protecție, poziție privilegiată în familie, scutire de efort, control asupra celorlalți etc.), vindecarea forțîndu-l să facă față vieții cu greutățile ei.

Nevroticul (și mai ales cel cu acuze somatoforme) trăiește permanent cu impresia că nimeni nu-l înțelege și este în permanentă căutare a unei persoane care să-i acorde simpatie. Dacă terapeutul acceptă să-și asume acest rol în cadrul hipnoterapiei, depășind puțin neutralitatea binevoitoare a psihanalistului, un obstacol principal în drumul spre vindecare a fost depășit.

Hipnoterapeutul trebuie să respecte următoarele reguli în abordarea acestui pacient (Hartland, 1975)

- pacientul trebuie încurajat și susținut afectiv;
- el nu trebuie întrerupt și nici criticat, sub nici un motiv, indiferent ce spune;
- trebuie interogat în detaliu asupra bolii sale, asupra dificultăților de acasă și de la serviciu;
- durerile și duferințele sale trebuie tratate cu seriozitate;
- trebuie încurajat respectul de sine și încrederea în forțele proprii ale pacientului;
- sub nici o formă nu trebuie spus acestor pacienți că vindecarea depinde de voința lor.

În cazul hipnoterapiei pentru această categorie de pacienți este necesară o selecție riguroasă și atentă a cazurilor. Dacă în unele situații mai ușoare hipnoterapia centrată pe simptom este suficintă, în altele, mai severe, este necesară o terapie de profunzime (hipnoanaliză) pentru a evita substituția de simptom.

Specialiștii susțin că hypnoterapia poate fi utilizată cu succes în următoarele situații:

A) STĂRILE ANXIOASE ŞI FOBICE de intensitate medie; dă rezultate la pacienţii cu lipsă de încredere în sine, hiperemotivitate, trac (de examene, concursuri, scenă etc.) şi reacţii fobice nu prea severe (agorafobii, claustrofobii, fobie de a zbura cu avionul etc.).

Pentru stările anxioase severe, cu obsesii şi fobii profunde, tratamentul trebuie condus de către o persoană avînd cunoştinţe psihiatrice temeinice, iar hypnoza trebuie inclusă în cadrul unei psihoterapii mai complexe.

B) STĂRILE DEPRESIVE.

Hipnoza nu se utilizează în depresiile cu potenţial suicidar decît cu pacienţi spitalizaţi şi în combinaţie cu alte metode de tratament. În absenţa impulsurilor suicidare, hipnoza poate fi utilizată şi la pacienţii nespitalizaţi dar obligatoriu în combinaţie cu medicaţia antidepresivă.

C) SIMPTOMATOLOGIA DE TIP ISTERIC.

Contrat opiniei majorităţii psihiatrilor de la sfîrşitul secolului 19 şi începutul secolului 20, isteriicii sînt mai greu de hipnotizat decît se credea. Cu toate acestea, în unele cazuri de nevroză cu fenomene conversive, se poate utiliza hipnoza. Aceasta însă trebuie aplicată de către un cunoscător în ale psihiatriei şi dă rezultate mai bune dacă este inclusă în cadrul unei terapii mai complexe.

D) REACŢIILE OBSESIVE sînt dificil de tratat, în cazul lor fiind recomandabil un demers de tip

hypnoanalitic.

Etapele hipnoterapiei la pacientul nevrotic (Hartland, 1975):

- Descoperirea cauzelor care au produs simptomul.

Aceasta se realizează prin interogarea pacientului aflat în hipnoză, cu privire la psihotraumele suferite şi cu privire la ceea ce crede inconştientul său cu privire la factorii care au declanşat boala.

- Ghidarea pacientului.

Hipnoterapeutul trebuie să îndrume pacientul pentru a putea face faţă cît mai bine dificultăţilor vieţii. Nevroticul este în permanentă căutare a unei autorităţi care să-i rezolve problemele. El are nevoie de sfaturi cu privire la viaţa de familie, serviciu, propria persoană. Din acest motiv, sfaturile elaborate de către terapeut de comun acord cu pacientul, în stare de veghe, trebuie transformate în sugestii care se administrează în hipnoză. Înainte de administrarea sugestiilor specifice, de reducere a simptomului, e bine să se administreze sugestii cu caracter mai general, de întărire a eului. Ambele categorii de sugestii sînt mai bine primite dacă sînt prezentate într-o formă neautoritară.

- Încurajarea.

Pe parcursul întregului demers psihoterapeutic, pacientul încurajat în privinţa simptomelor sale şi a evoluţiei bolii sale. El trebuie ajutat să-şi depăşească fricile legate de faptul că are o boală gravă, că va înnebuni etc.

- Persuasiunea.

Se referă la corectarea ideilor greşite pe care le au pacienţii despre boala lor, făcîndu-se apel la mecanisme de tip cognitiv (la inteligenţa şi raţiunea

lor). Ei trebuie lămuriți și convinși cu privire la natura reală a simptomelor lor și cu privire la modul în care se formează acestea. În același timp, trebuie să i se inoculeze, atît în stare de veghe, cît și prin sugestii hipnotice, dotrința de a fi sănătoși și ideea că sînt capabili să facă față dificultăților.

- Recondiționarea.

Se utilizează pentru înlăturarea deprinderilor greșite, frecvent prezente la nevrotic: fumat, consum abuziv de alcool, mîncat excesiv, onicofagie etc. Pentru a realiza acest lucru, se asociază, în stare de hipnoză, satisfacția obținută de pe urma unei deprinderi greșite cu o emoție negativă. În același timp, se întărește prin sugestii dorința pacientului de a scăpa de deprinderea greșită.

Recondiționarea va da rezultate slabe atunci cînd simptomul (deprinderea greșită) are o valoare defensivă majoră de a contracara anxietatea intolerabilă a pacientului. În astfel de cazuri este indicat ca mai întîi pacientul să realizeze, în cadrul hipnoanalizei, insight-ul referitor la natura problemei sale.

Iată cum abordează Hunter (1987) pacienții nevrotici la care anxietatea este simptom dominant:

Pacientul este interogat, atît în stare de veghe, cît și în stare de hipnoză, ce anume îl supără în legătură cu anxietatea sa, cît și asupra cauzelor care au declanșat-o. De regulă, terapeutul constată că anxietatea nu a fost declanșată de o cauză anume, ci de un cumul de factori. Pacienții nu identifică un element producător al anxietății, ci mai multe perioade în care le-a fost greu și s-au simțit copleșiți de viață.

La multe persoane cu anxietate difuză se evidențiază probleme legate de imaginea de sine și de

teama că nu vor face față anumitor situații. Pacienții sînt adesea convinși că nu sînt destul de buni, de talentați, de inteligenți. adesea ei provin din familii cu un frate mai mare mai eficient sau cu un părinte care le sublinia permanent ineficiența. Acești pacienți anxioși, au o secreție permanentă de adrenalină, un nivel energetic extrem de ridicat, dar ei își cheltuiesc energia fără rost, brodînd situații periculoaseimaginare.

Autoarea dă acestor subiecți, aflați în hipnoză, următorulinstructaj:

"Imaginează-ți că energia ta nervoasă se prezintă sub forma unor bile strălucitoare, pe care tu le arunci în toate direcțiile. Hai să încercăm să adunăm aceste bile de energie la un loc și să le folosim pentru o treabă bine determinată. Ai cumva vreun proiect pe care ai dori să-l duci la îndeplinire și pentru care ai nevoie de toată această energie?. ".

După ce s-a realizat această etapă, terapeutul se va ocupa de identificarea elementelor anxietății pacientului (de ce se teme el de fapt). Mulți anxioși se tem de faptul că ei își vor pierde controlul asupra lor înșiși și aceasta este exact ceea ce li se întîmplă în situațiile reale. Ei se tem că se vor face de rîs în public leșinînd, plîngînd, făcînd o criză de isterie sau neputînd să articuleze un cuvînt. Alți pacienți se tem că vor leșina, ei de fapt temîndu-se de moarte.

Autoarea regresează pacienții anxioși în perioada în care se simteau bine, liberi de anxietate și teamă. Într-o fază ulterioară a tratamentului, inconștientul pacientului este instruit să revină în prezent și să clarifice factorii care produc anxietatea, analizînd, pe rînd, fiecare factor.

Uneori se întîmplă să nu poată fi descoperită sursa reală a anxietății, dar nu este de neglijat faptul că totuși pacientul începe să se descurce mai bine în viață.

Anxioșii trebuie să învețe și tehnica de întărire a eului și de creștere a încrederii în sine, ei primind sugestii pozitive de tipul:

- "Știu că poți face aceasta";
- "Te simți tot mai bine, zi de zi te descurci tot mai bine";
- "Înveți să-ți utilizezi tot mai bine resursele interioare".

Este bine să i se reamintească pacientului faptul că fiecare om are un mare bagaj de resurse interioare nefolosite, care sînt la dispoziția sa, hipnoza fiind unul din in strumentele posibile de acces la aceste disponibilități latente ale ființei umane.

XII. AUTOHIPNOZA, O MODALITATE DE-A FI STĂPÎNI PE FORȚELE NOASTRE SPIRITUALE.

S-a reproșat hipnozei faptul că accentuează dependența dintre subiect și terapeut, ceea ce face ca ori de cîte ori pacientul se află într-un impas el trebuie să se adreseze specialistului pentru a-l ajuta să-și rezolve problema.

Pentru a evita această situație și pentru a încuraja independența și autonomia pacientului, hipnoterapia modernă pune un accent tot mai mare pe hipnoză indusă de subiectul însuși. Alături de tehnicile de relaxare, autohipnoza poate fi considerată ca o metodă de autoterapie și de autoreglare a stărilor psihice. Clinicienii sînt de părere că parcticarea autohypnozei este indicată după ce pacientul a realizat cîteva ședințe de heterohypnoză sub îndrumarea unui terapeut calificat ce are misiunea de a-l învăța principiile și tehnica de autohipnoză.

Utilizarea hipnozei pentru abandonarea fumatului.

Majoritatea celor care se adresează medicului pentru că vor să se lase de fumat sînt deja gata s-o facă, au deci o motivație suficientă pe baza căreia poate începe psihoterapia.

Încă de la început tratamentul va sublinia faptul că o dată ce pacientul a fost capabil să ia o decizie atît de mare, înseamnă că el este deja stăpîn pe situație și că va găsi în sine forța să ducă la bun sfîrșit ceea ce a început. Pacientul este învingătorul, terapeutul subliniind faptul că el nu are decît rolul de a-l învăța o tehnică pentru a se autodepăși.

Experiența clinică a demonstrat că pentru fumători faptul că își distrug sănătatea nu are o semnificație prea mare. De cele mai multe ori, pacientul spune: "știu că ar trebui să mă las de fumat, dar... ". De aceea e lipsit de sens să-i raționalizăm pe pacienți; nu facem decît să-i culpabilizăm și să-i deprimăm, demobilizîndu-i să mai încerce vreun tratament.

Hunter (1987) propune următoarea tehnică hipnoterapeutică pentru abandonarea fumatului:

1. În hipnoză se face subiectului un antrenament mental în care se descrie în imagini mai sugestive cît de nociv este fumatul pentru organism, ce efecte dezastruoase are acesta asupra sănătății omului.

2. I se cere subiectului, aflat în hipnoză, să examineze dacă motivele care l-au făcut să se apuce de fumat la 13 - 14 ani mai sînt valabile și acum, cînd acesta are 40 de ani. Dacă nu, se poate întrevedea un motiv pentru o schimbare. Apoi i se cere acestuia să alcătuiască o listă cu avantajele pe care le-ar avea dacă n-ar mai fuma:

- mai mulți bani;
- un miros mai plăcut;
- mîndria de a fi reușit să se autodepășească;
- mîncarea va avea un gust mai bun;
- va scăpa de cicăleala neîntreruptă a soției.

3. Sugerarea unor artificii pentru a diminua cantitatea de țigări.

Se poate sugera subiectului să așeze țigările în locuri diferite, pentru ca gestul de a aprinde o țigară să nu mai fie automat, să nu mai cumpere țigări (în curînd prietenii se vor sătura să-i mai împrumute), sau să nu mai fumeze pînă la o anumită oră.

4. La aceste tehnici se poate adăuga și cea a recondiționării (tehnică descrisă mai sus) prin care se asociază, în hipnoză, satisfacțiile legate de fumat cu imagini și stări afective negative.

Multă vreme s-a considerat că diferența dintre autohipnoză și heterohipnoză ar consta doar în aceea că heterohipnoza era indusă de către o altă persoană. Un studiu experimental realizat de către Erika Fromm (1975) a pus în evidență faptul că subiecții înalt hipnotizabili realizau o diferență între trăirile subiective din cadrul autohipnozei și cele ale heteroiypnozei, ceea ce a dus la ideea că cele două fenomene, deși asemănătoare, nu sînt identice.

Dacă în heterohipnoză terapeutul dă sugestii în legătură cu indicația și cu experiența transei, sugestii ce structurează comportamentul hipnotic, în autohipnoză subiectul pune în evidență un comportament autodirijat.

Erika Fromm și colaboratorii (1981) au studiat fenomenele de autohipnoză comparativ cu cele de heterohipnoză, stabilind unele asemănări și deosebiri între cele două categorii de fenomene.

Autorii menționați afirmă că atît în heterohipnoză, cît și în hipnoză se constată prezența sentimentului de implicare imediată în situație, în evenimentele caracteristice transei, precum și o detașare de stimuli perturbatori externi.

Spre deosebire de heterohipnoză, în cadrul căreia se constată o concentrare și o focalizare maximă a atenției, în autohipnoză atenția este liberă să vagabondeze, avînd ca obiect un cîmp mult mai larg de stimuli ai ambianței.

Studiile au demonstrat, de asemenea, că în autohipnoză se înregistrează mai multe fluctuații ale

profunzimii transei pe ansamblu, profunzimea transei atinse de subiect fiind mult mai puțin adîncă față de cea obținută de heterohipnoză. S-a constatat și faptul că în autohipnoză cantitatea de imagini care se perindă pe ecranul mental al subiectului este mult mai mare decît în heterohipnoză (imaginile specifice autohypnozei au un caracter mai viu și mai realist). De asemenea, trebuie subliniată observației că în autohipnoză imaginația este mai centrată pe problemele personale ale subiectului, pe conflictele trăite de acesta, pe experiențe creative și pe rezolvări cognitive de probleme. Se poate spune că în autohipnoză imaginația joacă un rol mai însemnat decît în heterohipnoză, reprezentările fiind mai bogate din punct de vedere calitativ și orientate mai direct spre problemele personale ale subiectului.

Astfel, subiecții consideră autohipnoza ca fiind mai încărcată de semnificații personale în raport cu problemele lor. În heterohipnoză subiectul este direcționat să urmeze cu exactitate sugestiile date de experimentator, fapt ce are drept consecință reducerea implicării personale a subiectului și sărăcia reprezentărilor de tip imaginativ ale acestuia.

Studiile au realizat însă că în heterohipnoză se realizează mult mai eficient experimentele legate de regresie de vîrstă, cele de hiperîmnezie, decît cele ce au în vedere prezența unor halucinații pozitive și negative.

Conținuturile experiențelor trăite de subiecți în timpul autohipnozei depind în mare măsură de nevoile, trebuințele, tendințele, interesele și structura personalității subiecților. Studiile clinice au arătat că majoritatea subiecților consideră autohipnoza ca pe o modalitate de auto-explorare creatoare a perso-

nalității, în timp ce în cazul heterohipnozei se așteaptă ca instrucțiunile terapeutului să fie urmate cu exactitate.

Nu trebuie neglijat nici faptul că în timpul heterohipnozei apar mai frecvent consecințe legate de prezența un or fenomene cu caracter regresiv (subiectul adoptă conduite infantile, inferioare nivelului actual de evoluție, Fromm,1968).

Autohipnoza este privită de mulți subiecți ca o modalitate de exploatare creativă a eului, în care subiectul poate crea și se poate supune acțiunii propriilor sale autosugestii. În acest context, autohipnoza poate fi abordată ca o activitate de rezolvare de probleme referindu-se la trecerea în revistă și inventarierea grijilor cotidiene ale subiectului, la dezvoltarea unor deprinderi mai eficiente de studiu și activitate, cît și la unele modalități concrete de autoterapie.

În același timp hipnoza poate fî privită și ca o modalitate eficientă de autoexploatare a lumii interioare a subiectului. În autohipnoză, pacientul investighează mai bine lumea sa subiectivă, gîndurile, amintirile și fanteziile sale pentru a afla mai bine cine este el de fapt. Această explorare implică o sensibilizare crescută a mecanismelor gîndirii și imaginației.

Foarte mulți subiecți consideră că autohipnoza se caracterizează prin aceea că te lași dus, lucrezi asupra unor probleme personale și trăiești experiențe autorevelatoare în raport cu propria personalitate.

Există mai multe tehnici de inducere a autohipnozei. După ce subiectul a parcurs cîteva ședințe de heterohipnoză, modalitățile de a obține autohypnoza i se vor părea deosebit de simple. Hunter (1987)

afirmă că se poate intra ușor în autohipnoză prin următoarele tehnici:

- numărați rar în gînd pînă ajungeți la o cifră mare (peste 100);
- repetați de mai multe ori mental o serie de numere;
- repetați de mai multe ori literele alfabetului;
- imaginați-vă că urcați o scară, treaptă cu treaptă, spre terasa unui castel situat într-o grădină frunoasă;
- ascultați în gînd zgomotul plăcut produs de un rîu de munte, care curge lovindu-se de pietre și lăsați-vă purtat de imaginea și sunetul respectiv;
- utilizați orice alt vis treaz cu care v-ați obișnuit;
- bucurați-vă de stimuli care vă sînt familiari: tic-tac-ul unui ceasornic, sunetul valurilor mării, o piesă muzicală favorită sau propriul ritm respirator, pentru a intra într-o stare de autohipnoză.

Trebuie să ne obișnuim să ascultăm semnalele de alarmă ale organismului, pe care ni le transmite subconștientul. Ori de cîte ori ne găsim într-o situație care ni se pare fără soluție trebuie în autohipnoză să reinterpretăm situația, s-o transformăm dintr-o situație destructivă într-una utilă.

"Mă simt ca într-o închisoare din care nu mai pot scăpa". Nu mai sînt capabil să fac o serie de lucruri pe care le făceam înainte. Deocamdată nu am de ales. Temporar voi accepta situația ca atare și voi pune de-o parte acele probleme pe care va trebui să le rezolv atunci cînd voi scăpa din această situație". Dacă nu dorim sau nu putem să abordăm direct factorii care au condus la criza în care ne aflăm și care au declanșat semnalele de alarmă, se

poate recurge la unele strategii empirice de a scăpa pentru moment de problemă. Acestea nu dau însă rezultate durabile. Astfel:

1. Se poate manipula situația prezentă pentru ca ea să devină tot mai suportabilă. Cînd situația ne privește numai pe noi înșine, metoda se potrivește. Dacă însă dorim să forțăm și pe alții să intre în schema propusă de noi, s-ar putea ca lucrurile să nu meargă.

2. Un alt mod empiric de a soluționa un conflict este a da vina pe alții. Luptîndu-ne cu alte persoane, nu va mai trebui să facem față problemei reale. Persoanele care obișnuiesc să procedeze astfel, se plîng de faptul că ceilalți îi persecută.

3. O altă modalitate empirică de a scăpa de o problemă este ignorarea ei (s-o îngropăm cît mai adînc).

Prietenii și rudele bine intenționate ne spun adesea să uităm din necazuri, dar acest lucru este foarte periculos deoarece stresul reprimat poate izbucni pe alte căi, producînd simptome nevrotice sau psihosomatice. Este mult mai indicat să reinterpretăm experiențele stresante dintr-o nouă perspectivă care ne poate indica noi modalități de a face față dificultăților și din acest punct de vedere autohipnoza ne poate ajuta foarte mult.

Pentru ca autohipnoza să fie eficientă, aceasta trebuie practicată zilnic timp de 10 - 12 minute.

Subiectul trebuie să utilizeze sugestii cu caracter repetativ și afirmativ, de tipul:

"zi după zi mă simt tot mai bine";

"este foarte plăcut să fii liber de dominația alcoolului" și în același timp să gîndească pozitiv, deoarece, așa cum am mai subliniat, inconștientul nu

operează cu negații. Astfel, dacă subiectul își administrează sugestii de tipul: "nu am să mai beau", în subconștient se înregistrează mesajul: "am să mai beau" iar mesajul: "nu mă voi teme de aceasta", devine "mă voi teme de aceasta".

De asemenea, nu este indicată utilizarea unor sugestii de tipul: "încerc să slăbesc" pentru că astfel de formulări conțin în sine posibilitatea nereușitei, pe care subconștientul o preia imediat.

O modalitate eficientă care poate fi utilizată în timpul autohipnozei este convertirea energiei negative în energie pozitivă. Cînd oamenii trăiesc o stare de stres sau de anxietate, ei emit, în mod spontan valuri de energie negativă. dacă ei se blamează pentru lucrurile care nu merg înseamnă, de asemenea, că ei eliberează mari cantități de energie negativă.

Se poate converti energia negativă în energie pozitivă prin următorul exercițiu realizat în autohipnoză:

"Imaginați-vă o situație în care vă autoacuzați sau vă autoblamați. Căutați să retrăiți situația în plan imaginativ pînă cînd vă dați seama cum reacționați la ea. Imaginați-vă apoi o situație pozitivă și comparați modalitățile de a reacționa la cele două situații. Veți constata că ceea ce este comun celor două trăiri sînt reacțiile neurovegetative de descărcare de adrenalină. Odată stabilit acest adevăr se dau subconștientului sugestii de tipul:

"De-acum înainte doresc ca tu să-mi transferi energia în scopuri pozitive, în loc s-o risipești în mod negativ".

Iată și alte cîteva tehnici de autoreglare a stărilor psihice, tehnici ce pot fi utilizate cu succes în

autohipnoză:

1. Deschideți-vă spre o nouă perspectivă.

Reexaminați situațiile de viață cu care sînteți confruntați dintr-o nouă perspectivă, mai actuală. Ceea ce îi oprește pe mulți oameni să facă acest lucru este teama că au fost stupizi sau ridicoli cînd au acționat într-un anumit fel.

O variantă a acestei tehnici constă în abordarea propriei probleme ca și cum ar fi problema altuia. Hunter (1987) spune că adesea cînd se lovea de vreo dificultate intra în autohipnoză și își imagina că avea o pacientă care îi purta numele. Adesea noi știm foarte bine ce sfat ar trebui să dăm altei persoane care s-ar afla în aceeași situație dar cînd e vorba de noi înșine, intrăm în dificultate. Autohipnoza ne ajută să ne transpunem mai bine în rolul de client și de consilier și să acceptăm sfaturi pe care altfel le-am respinge din motive emoționale sau din cauza imposibilității de a ieși din rutină.

Bandler (1985), unul din întemeietorii "Programării neurolingvistice" - sistem de psihoterapie și autoformativ foarte la modă astăzi în Statele Unite ale Americii, recomandă și el pacienților săi exercițiul numit "schimbarea perspectivei".

"Încercați să vă reamintiți o dispută avută cu cineva cînd ați fost sigur că aveți dreptate și derulați în minte filmul discuției rspective. Acum încercați să revedeți filmul mental al aceluiași eveniment, dar de această dată ca și cum v-ați privi pe dumneavoastră pledînd pentru cauza adevărului.

Pentru unii oameni punctul de vedere se schimbă foarte mult. Mai sînteți tot atît de sigur că ați avut dreptate?".

Același autor ne învață că putem privi o anumită

discuție și din punctul de vedere al unui observator neutru, privindu-ne pe noi înșine cît și pe partenerul de discuție de la o distanță egală. Uneori este util să privim o situație de undeva de sus, acest mod de abordare dîndu-ne un grad mai mare de detașare față de problemele care ne supără. De pildă, dacă cineva își privește micul necaz de la scara sistemului solar, acesta parcă scade din intensitate.

2. Stabiliți-vă prioritățile

Puteți utiliza autohipnoza pentru a afla dacă trebuie să continuați să faceți un anumit lucru sau trebuie să faceți altceva. Exercițiul se numește "balanța" și are rolul de a cîntări argumentele pro și contra pentru diverse acțiuni (Hunter 1987). Subconștientul stabilește două tipuri de scale conținîd argumente și contraargumente pentru o anumită decizie (de pildă, a schimba sau a menține serviciul).

Argumente pentru a menține vechiul serviciu
- 6 ani vechime
- își cunoaște bine munca
- o face bine
- se consideră competentă
- salariu bun
- relații bune cu colegii

Argumente pentru a-l schimba
- rutina o plictisește
- dorește ceva nou
- are nevoie să fie promovată
- dorește mai mulți bani
- îi este greu să lucreze în același loc de muncă împreună cu fostul prieten
- nu sînt bărbați interesanți, necăsătoriți la vechiul serviciu

În autohipnoză, pacienta care este frămîntată de ideea dacă să schimbe sau nu serviciul, își imaginează că pune cele două scale în balanță, obligînd subconștientul să adopte o decizie intuitivă. Apoi ea adaugă în balanță argumentele exterioare pe care le-a aflat din ziar, în favoarea și în defavoarea noului loc de muncă.

Argumente pentru noul loc de muncă
- posibilitatea de a călători
- probabil un salariu mai bun
- o nouă direcție pentru cariera profesională
- posibilitatea unui nou mod de a se exprima
- scapă de dificultatea de a lucra în compania fostului prieten

Argumente contra
- teama că nu va face față noilor sarcini
- poate noul serviciu nu i se potrivește
- poate nu are aptitudini
- poate nu-i va face plăcere să lucreze cu publicul
- poate va avea dificultăți de a intra în relație cu persoanenecunoscute
- poate îi va fi dor de casă
- poate va avea dificultăți să-și găsească un prieten stabil

Pacienta va cîntări în gînd partea cea mai grea a acestei scale, comparînd-o cu partea cea mai grea a primei scale.

Răspunsul în cazul ei va fi:

1. E chiar absolut necesar să faci o schimbare?
2. Ce schimbare ar trebui să faci dacă simți nevoia unei schimbări?

Un alt mod de a stabili prioritățile se referă la compararea normelor și obligațiilor impuse de alții

cu acele comportamente care fac în mod real parte din noi și ne fac plăcere.

3. Căutați și formulați clar elementele problemei pe care o aveți.

Uneori este util să aplicăm unei situații reale o formulă artificială. Valoarea procedeului constă în aceea că situația nu se va potrivi chiar exact schemei și atunci trebuie să o forțăm puțin pentru a intra în schemă. Aceasta o face să se clatine puțin și o breșă cît de mică ne poate ajuta să atacăm problema din altă perspectivă.

Un model de schemă ar fi "formula celor trei cutii". Se împart componentele problemei și se așează în trei sertare separate, denumite astfel:

- cutia I - "Alte persoane"
- cutia II - "Faptele" (cuprinde descrierea exactă a datelor problemei)
- cutia III - "Eu" (conține acele părți ale problemei la care am contribuit noi înșine; cuprinde reacții la evenimente: furie teamă, mîndrie)

Cînd toate cutiile s-au umplut, luați prima cutie și aruncați-o. Nu puteți schimba cu nimic contribuția altora la situația creată, așa că nu merită să vă bateți capul cu ceea ce ați plasat în prima cutie. Acestea sînt problemele altora, nu ale dumneavoastră. Asigurați-vă însă că nu ați plasat chiar persoane în întregime în cutia de aruncat! Nu vă puteți permite să scăpați prea ușor de cei din jur. Aceștia sînt prea importanți pentru dumneavoastră.

Examinați cutia a doua. Nici aici nu e nimic de schimbat. Bineînțeles, situația se poate modifica cu timpul și atunci vor apărea noi fapte de analizat.

Nu are rost să consumați energie cu lucruri pe care nu le puteți modifica. Acum priviți problema

din nou și veți constata că după ce ați aruncat cele două cutii, ea apare altfel. Cu elementele care au rămas, aveți șansa să faceți ceva. Aruncați o privire asupra propriei contribuții la problema în cauză. Dacă nu vă simțiți pe moment capabili să modificați ceva din propriile sentimente legate de situația problemă, tot ce vă rămîne de făcut este să conștientizați trăirile respective și să le așezați într-un spațiu accesibil. Cînd vă veți simți pregătiți le veți putea extrage, reexamina și eventual modifica.

De pildă, sînteți într-o situație dificilă cu cel mai bun prieten. Modul în care acesta s-a purtat cu dumneavoastră vă face să vă simțiți jignit și încă nu sînteți pregătit să renunțați la sentimentele negative pe care vi le-a trezit comportamentul acestuia. În acest caz, nu luați nici o decizie în legătură cu viitorul relației respective și pentru moment puneți sentimentele respective de-o parte la păstrare.

4. Acordați-vă un timp pentru reverie

Cel mai eficient mod de a utiliza utohipnoza este să vă acordați zilnic 10-15 minute de reverie, cînd subconștientul poate să lucreze asupra problemelor dumneavoastră.

Acordați-vă o vacanță imaginară la mare, în Australia sau în India.

Fiecare subiect trăiește autohipnoza la modul său personal. Există totuși cîteva aspecte comune pe care le relatează majoritatea celor care practică această tehnică:

- tremurul pleoapelor;
- detașarea față de stimulii exteriori;
- o stare de relaxare ceva mai profundă decît cea specifică antrenamentului autogen al lui Schultz.

Bibliografie selectivă

1.- Bandler, R. Using Your Brain for a Change. Andreas, Steve; Andreas Coniral (eds). Real People Press Moab Utah, 1985.

2.- Barber, Th.'X; Spanos, N.; Chaves, J.F. Hypnosis, Imaginations and Human Potentialities. Pergamon Press Inc. New-York - Toronto - Frankfurt. F.a.

3.- Graham, G. How to change your life. Real Option Press, 1990.

4.- Gheorghiu, A. Hipnoza - realitate și ficțiune. Ed. Științifică, București, 1977.

5.- Hilgard, E.R. The Experience of Hypnotic Susceptibility. A Harbinger book. Harcourt, Brace and Worald, Inc. New-York. F.a.

6.- Hunter, Marlene. Psych Yourself in! Hypnosis and Health. Seawalk Press L.T.D. 1987

7.- Hartland, J. Medical and Dental Hypnosis and its Clinical Applications Bailliere Tindall, London, sec.ed.1979

8.- Hilgard, R.H.; Hilgard Josephine. Hypnosis in the Relief of Pain. William Kaufmann, Inc. Los Altos, California, 1975

9.- Lankton, St. Practical Magic. Meta Publications. Cupertino, California 1980

10.- Le Cron, L.M. Self-Hypnotism. The Technique and its Use in Daily Living, Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, N-Y 7-th ed.1978

11.- Marcuse, Fl. Hypnosis. Fact and Fiction. Pinguin Books, 1959

12.-Powers, M. Advanced Techniques of Hypnosis. Wilshire Book Comp. Hollywood, California, 1965

13.- Unestahl, L.E. Self-Hypnosis in Sports and Life in Applied Sport Psychology. Williams, J.M. (eds.), 1987

14.- Weitzenhoffer, A.M. General Techniques of Hypnotism. Grune and Straton, Inc. New York and London, 1957

15.- Weitzenhoffer, A.M. An Objective Study in Suggestibility. Science Editions, John Wiley and Sons, Inc., New-York, 1963